

Jutta Keränen, Katariina Leinonen & Jemina Uimari

Mihin työaika tänään menikään?

Selvitys sairaanhoitajien hoitotyön työajan käytöstä
vastaanotto- ja polikliinisessa hoitotyössä



Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

Kevät 2018



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijä(t): Keränen Jutta, Leinonen Katariina & Uimari Jemina

Työn nimi: Mihin työaika tänään menikään? Selvitys sairaanhoitajien hoitotyön työajan käytöstä vastaanotto- ja poliklinisessa hoitotyössä

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK)

Asiasanat: hoitotyö, sairaanhoitaja, poliklinikka, vastaanotto, työaika

Sairaanhoitajan työaika koostuu työtehtävistä, jotka voidaan jaotella välittömään ja välilliseen hoitotyöhön sekä osastokohtaiseen työhön. Välitön hoitotyö koostuu sairaanhoidollisista ja perushoidollisista toimenpiteistä, jotka tapahtuvat potilaan välittömässä läheisyydessä. Välillinen hoitotyö koostuu potilasta varten tehtävästä hoitotyöstä, joka ei tapahdu potilaan välittömässä läheisyydessä. Työaikaan sisältyy myös henkilökohtainen aika. Opinnäytetyön tilaajana toimii Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä eli Kainuun sote. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Kainuun soten hallintoylihoitaja Marjo Huovinen-Tervo.

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää vastaanotto- ja poliklinista hoitotyötä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon aikaa poliklinikalla ja vastaanotolla työskentelevältä sairaanhoitajalta menee välittömään sekä välilliseen hoitotyöhön. Opinnäytetyön tutkimusongelmana olivat, miten sairaanhoitajan toteuttama välittömän ja välillisen hoitotyön määrä jakaantuu vastaanotto- ja poliklinisessa hoitotyössä yhden työpäivän sekä yhden työviikon aikana.

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena Kainuun keskussairaalan sisätautien, syöpätautien, vatsatautien ja kirurgian poliklinikoilla sekä Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman vastaanotoilla. Kyselyyn osallistuneet sairaanhoitajat täyttivät yhden työviikon aikana työajanseurantalomaketta, jonka avulla he arvioivat työaikansa jakautumista eri toimintojen kesken. Opinnäytetyön tulosten mukaan välittömään hoitotyöhön sairaanhoitajat käyttivät keskimäärin kolme tuntia ja kymmenen minuuttia aikaa yhden työpäivän aikana ja yhden työviikon aikana 15 tuntia ja 45 minuuttia. Välilliseen hoitotyöhön sairaanhoitajat käyttivät keskimäärin kaksi tuntia ja 40 minuuttia yhden työpäivän aikana ja yhden työviikon aikana 13 tuntia ja 40 minuuttia. Osastokohtaiseen työhön sairaanhoitajat käyttivät keskimäärin yhden tunnin ja 15 minuuttia työpäivän aikana ja yhden työviikon aikana kuusi tuntia ja 20 minuuttia. Henkilökohtaiseen aikaan sairaanhoitajat käyttivät keskimäärin viikossa kaksi tuntia ja 20 minuuttia aikaa. Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajilta meni eniten aikaa ohjaukseen sekä neuvontaan kasvokkain ja puhelimen välityksellä. Jatkotutkimusaiheena on, millaisia vaikutuksia sairaanhoitajien työtehtävien uudelleen suuntaamisella olisi esimerkiksi työssä jaksamisen kannalta.

Abstract

Authors: Keränen Jutta, Leinonen Katariina & Uimari Jemina

Title of the Publication: Where Did The Time Go? – a survey about the use of working hours in nurse receptions and outpatient clinics

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: nursing, registered nurse, outpatient clinic, nurse reception, working hours

Registered nurses' working hours include many duties that can be divided into direct nursing care, indirect nursing care and work on a ward. Direct nursing care includes duties done in direct contact with a patient. Indirect nursing care includes duties done for the patient but not in direct contact. Personal time is also part of the working hours. In the future, registered nurses' duties will change due to changes in the service structure. To improve cost-efficiency, registered nurses' tasks should be related to their education. This thesis was commissioned by Marjo Huovinen-Tervo, the chief nursing officer in Kainuu Social and Health Care Joint Authority.

The objective of the thesis was to improve nursing care in nurse receptions and outpatient clinics. The purpose was to find out how much time a registered nurse who worked in a nurse reception or in an outpatient clinic spent on direct and indirect nursing care. The research question was to study how registered nurses' working hours were distributed between direct and indirect nursing care during one work day and one work week.

This study was executed as a survey in the medical and surgical outpatient clinics at Kainuu Central Hospital and in nurse receptions in Kajaani and Lehtikangas Health Centers. The registered nurses who participated in the survey filled a work-time monitoring sheet for one week. Based on the survey, these nurses spent, on average, three hours and ten minutes during one work day and 15 hours and 45 minutes during one work week on direct nursing care. On indirect nursing care, the registered nurses spent two hours and 40 minutes on average during one work day and 13 hours and 40 minutes during one work week. The nurses spent at least one hour and 15 minutes during one work day and six hours and 20 minutes during one work week on working on the ward. The registered nurses had two hours and 20 minutes' personal time during one work week. Based on the survey, these nurses spent most of their working hours on counselling patients and reserving appointments. Patient counselling was made by phone and face to face. Topics for follow-up research could be to study the impact of redistributing of nurses' tasks on their wellbeing at work.

Alkusanat

Huomasimme aihepankissa opinnäytetyön aiheen ja kiinnostuimme siitä heti. Kun valitsimme aiheen, kenelläkään meistä ei ollut kokemusta vastaanotto- tai polikliinisestä hoitotyöstä. Haluaisimme kiittää opinnäytetyöhön osallistuneita yksiköitä Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikkaa, syöpätautien poliklinikkaa, vatsatautien poliklinikkaa, kirurgian poliklinikkaa sekä Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman vastaanottoja. Haluaisimme kiittää myös toimeksiantajaa yhteistyöstä opinnäytetyöprosessin aikana ja opinnäytetyön tekemisessä meitä auttaneita opettajia.

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Vastaanotto- ja polikliininen hoitotyö	3
2.1 Vastaanotto.....	3
2.2 Poliklinikka	4
2.3 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä	6
3 Hoitotyö	8
3.1 Välitön hoitotyö	9
3.2 Välillinen hoitotyö.....	13
4 Sairaanhoidajan työajan jakautuminen	16
4.1 Sairaanhoidajan työ.....	16
4.2 Terveystenhuollon työnjako	18
5 Tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat.....	20
6 Opinnäytetyön toteuttaminen.....	21
6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	21
6.2 Kyselylomakkeen laadinta.....	22
6.3 Aineiston keruu	25
6.4 Aineiston analysointi.....	26
7 Tutkimustulokset.....	28
7.1 Välittömän hoitotyön jakautuminen työviikon aikana.....	28
7.2 Välillisen hoitotyön jakautuminen työviikon aikana	30
7.3 Osastokohtaisen työn jakautuminen työviikon aikana.....	32
7.4 Henkilökohtainen aika työviikon aikana	33
8 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	34
8.1 Välittömän ja välillisen hoitotyön työajan jakautuminen työviikon aikana	34
8.2 Välittömän ja välillisen hoitotyön työajan jakautuminen työpäivän aikana.....	38
8.3 Osastokohtaiseen työhön sekä henkilökohtaiseen aikaan käytetty aika	39
8.4 Johtopäätökset	40

9 Pohdinta	43
9.1 Opinnäytetyön luotettavuus.....	43
9.2 Opinnäytetyön eettisyys	46
9.3 Ammatillinen kehittyminen	48
Lähteet.....	50
Liitteet	

1 Johdanto

Sairaanhoitaja tekee työpäivänsä aikana useita erilaisia työtehtäviä. Työpäivä rakentuu potilaan perushoidosta, kirjaamisesta, toimenpiteistä sekä monista muista työtehtävistä riippuen sairaanhoitajan työympäristöstä. Harvoin tulee ajateltua, mihin aikaa käytetään ja miten se jakautuu eri työtehtävien kesken.

Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistusten ja muutosten tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveystalveluita sekä taata talveluiden riittävä saatavuus. Vuonna 2020 voimaan astuvassa Sote-uudistuksessa sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille. Sote-uudistuksen eli sosiaali- ja terveystalveluiden uudistuksen tarkoituksena on pienentää ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, saattaa talvelut yhdenvertaisiksi, parantaa talveluiden saatavuutta ja hillitä kustannuksia. Talveluissa myös lisätään valinnanvapautta. Valinnanvapaudella tarkoitetaan, että jatkossa potilaat saavat valita talvelut itse joko julkisilta tai yksityisiltä sosiaali- ja terveystalveluiden tuottajilta. Talvelujärjestelmän muutoksien taustalla on lukuisia tutkimuksia, jotka puoltavat, ettei nykyinen sosiaali- ja terveystalveluiden järjestelmä takaa talveluita tasapuolisesti kaikille. (Sote-uudistuksen tavoitteet 2018.)

Hoitohenkilökunnan resurssien käytöllä on iso merkitys potilaan hoidon toimivuuden, vaikuttavuuden, tehokkuuden ja kustannusten kannalta. On tärkeää tiedostaa eri ammattiryhmien työtehtävät päällekkäisyyksien välttämiseksi. Sairaanhoitajien työajan keskittäminen tarkoituksenmukaiseen hoitotyöhön edistää sosiaali- ja terveystalvelujen laatua ja tehokkuutta. (Sainio 2010, 51.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka paljon aikaa poliklinikoilla ja vastaanotoilla työskenteleviltä sairaanhoitajilta menee välittömään ja välilliseen hoitotyöhön. Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää vastaanotto- ja polikliinista hoitotyötä. Tilajana toimii Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, jossa samankaltaista työajanseurantaa on toteutettu osastoilla. Opinnäytetyömme työajanseurantaan osallistuivat Kainuun keskussairaalan sisätautien poliklinikka, kirurgian poliklinikka, syöpätautien poliklinikka ja vatsatautien poliklinikka sekä Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman vastaanotot. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Kainuun soten hallintoylihoitaja Marjo Huovinen-Tervo, jonka esittämä opinnäytetyön aihe on.

Sairaanhoitajat täyttivät yhden työviikon ajan työajanseurantalomaketta (LIITE 1) useamman kerran työpäivän aikana. Työajanseurantalomake muokattiin opinnäytetyöhömme

sopivaksi Sainion (2010) pro gradu -tutkielmassa käytettyä työajanseurantalomaketta lähteenä käyttäen. Sainio on ottanut työajanseurantalomakkeeseensa viitteitä Partasen (2002) väitöskirjassa käytetystä työajanseurantalomakkeesta. Opinnäytetyömme tulokset ovat suuntaa antavia tietoja sairaanhoitajien työajan käytöstä vastaanotto- ja poliklinisessä hoitotyössä. Tuloksia voidaan käyttää lähtökohtina tarkempia tutkimuksia varten.

Sairaanhoitajien työajan käyttöä ei ole Suomessa tutkittu kovinkaan paljon. Työajanseurantatutkimuksia löytyy kuitenkin erikoissairaanhoidosta sekä perusterveydenhuollosta. Partanen (2002) on väitöskirjassaan tutkinut hoitohenkilökunnan työajan käyttöä erikoissairaanhoidossa akuuttihoidon osastoilla. Työajan käyttöä perusterveydenhuollon vastaanotoilla ovat tutkineet Elovaara ja Kekki (1995). Elovaara ja Kekki toteuttivat tutkimuksensa viiden eri terveyskeskuksen vastaanotoilla.

Sainio (2010) on pro gradussaan tutkinut hoitohenkilökunnan työajan käyttöä terveyskeskuksen poliklinikalla. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilta meni eniten aikaa puhelinneuvontaan ja ajanvaraukseen. Kantelisen (2008) pro gradu -tutkielman mukaan vastaanotolla työskentelevät sairaanhoitajat käyttivät eniten aikaa vastaanottoaikojen varaamiseen. Opinnäytetyömme työajanseurannan tulokset ovat samanlaisia kuin aikaisemmin hoitotyön työajan käytöstä tehtyjen tutkimusten, välittömään hoitotyöhön käytettiin enemmän aikaa kuin välilliseen hoitotyöhön.

2 Vastaanotto- ja polikliininen hoitotyö

Vastaanottotyö kuuluu osaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaa. Sairaanhoitaja vastaanottaa potilaita ja arvioi hoidon tarvetta. (Sairaanhoitajat vastaanotolla 2014.) Opinnäytetyössämme tarkastellaan vastaanottoa, jota sairaanhoitaja pitää terveyskeskuksessa.

Polikliininen hoitotyö on poliklinikalla tapahtuvaa hoitoa, jota tehdään potilaan käydessä vastaanotolla, eikä käyntiin liity sairaalassa yöpymistä. Poliklinikka on yleensä sairaalan yhteydessä oleva paikka, jossa suoritetaan hoitotoimenpiteitä, lääkärissä käyntejä ja erilaisia tutkimuksia. Poliklinikoilla tehdään myös leikkauksia. (Fagerholm 2014, 4)

2.1 Vastaanotto

Vastaanotto liittyy keskeisenä osana perusterveydenhuollon toimintaan. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan palveluita, joihin yksilö voi hakeutua suoraan ilman välikäsiä. Kunnan velvoite on järjestää kuntalaisille terveysneuvontaa, sairaanhoitoa, hammashuoltoa, kouluterveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa sekä seulontoja ja joukkotarkastuksia. Kunnan tehtävänä on taata asukkailleen puitteet terveydenhuoltoon. (Muurinen, Nenonen, Wilschman & Agge 2010, 16 - 17.)

Hoitotakuulaki turvaa kuntalaisten hoitoon pääsyn. Kyseisen lain mukaan potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana yhteys terveyskeskukseen. Kun potilas on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen, tulee terveydenhuollon ammattihenkilön arvioida hoidon tarve viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilö omaa riittävän koulutuksen ja työkokemuksen sekä niiden lisäksi hänellä on potilaan potilasasiakirjat käytössä. (Muurinen ym. 2010, 64.) Hoidon tarpeen arvioinnissa ensimmäiseksi selvitetään yhteydenoton syy ja kiireellisyys sekä oireet ja niiden vaikeusaste lähetteen tai potilaan kertomien esitietojen perusteella (Peltonen 2009, 23). Virka-ajan ulkopuolella tulee järjestää päivystys, johon potilas voi mennä tai olla yhteydessä puhelimitse (Muurinen ym. 2010, 64).

Sairauskirjo terveyskeskuksen vastaanotolla vaihtelee vaarattomista sairauksista äkillisiin vakaviin sairauksiin. Sairaanhoitajat pääsääntöisesti pystyvät hyvin vastaamaan potilaiden tarpeisiin vastaanottokäynneillä. Työ terveyskeskuksen vastaanotolla on nopeatem-

poista ja vaihtelevaa laajan potilasryhmän vuoksi. Työntekijältä vaaditaan terveyskeskusten vastaanotolla työskenneltäessä valmiutta sietää muuttuvia tilanteita ja heidän on pystyttävä tekemään nopeita ratkaisuja. Usein hoidontarvetta arvioidessa sairaanhoitajan täytyy pystyä tekemään ratkaisuja ilman kollegiaalista tukea. (Pylkkänen 2005, 102 - 120.)

Vastaanotoilla sairaanhoitajat tekevät paljon yhteistyötä lääkäreiden kanssa. Toimintaympäristö, työ, työn kohde ja henkilöiden osaaminen vaikuttavat siihen, miten sairaanhoitajien ja lääkäreiden työnjako toteutuu. Sairaanhoitajan tehtäväkuva vastaanotoilla on laajentunut vuosien myötä ja osa lääkäreiden tehtävistä on siirtynyt sairaanhoitajille. Sairaanhoitajan vastaanotolle tuleva potilas tulee hoidon tarpeen arviointiin, tutkimusten toteuttamiseen ja hoidon ohjaukseen. Tavallisesti sairaanhoitajan vastaanotolle tuleva potilas on sairastunut äkillisesti ohimenevään infektioon tai potilaalla on jokin pitkäaikaissairaus. (Muurinen ym. 2010, 65 - 68.)

Helle-Kuusjoen (2005) pro gradu -tutkielmassa kuvataan sairaanhoitajan työtä hoitajavastaanotolla. Pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentumista, kun ennen lääkäreille kuuluneita työtehtäviä on siirretty sairaanhoitajille. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajalta vaaditaan itsenäisessä hoitajavastaanotolla työskentelystä työkokemusta, lisäkoulutusta ja jatkuvaa mahdollisuutta konsultoida lääkäriä.

2.2 Poliklinikka

Polikliininen toiminta on laajenemassa edelleen, sillä potilaiden hoitaminen avohoidossa yleistyy. Avohoidon palveluiden kysyntä on suosiossa, minkä seurauksena yhä monimutkaisempia toimenpiteitä voidaan suorittaa polikliinisesti ja potilaat pääsevät kotiutumaan samana päivänä. (Fagerholm 2014, 4.) Opinnäytetyössämme poliklinikalla tarkoitetaan Kainuun keskussairaalan yhteydessä olevaa poliklinikkaa, jossa hoidetaan potilaita poliklinikkakäyntien yhteydessä, eikä käynteihin liity yöpymistä sairaalassa.

Poliklinikalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta edellytetään osaamista hoitotyön suunnittelussa, kykyä arvioida potilaan hoidosta saatuja tuloksia sekä näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista. Poliklinikoiden hoitotyö on hankalasti ennakoitavissa ja sairaanhoitajat kohtaavat työssään haastavia tilanteita. Moniammatillinen yhteistyö korostuu eri ammattiryhmien kanssa. (Fagerholm 2014, 7 - 8.)

Poliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien tulee olla kriittisiä ajattelussaan ja kyetä tekemään ratkaisuja nopeasti muuttuvissa tilanteissa, sillä sairaanhoitajat kohtaavat lyhyessä ajassa lukuisia potilaita satunnaisesti tai jaksoittain vuosienkin ajan. Potilaiden hoitotyö poliklinikoilla painottuu potilaiden ohjaukseen ja neuvontaan sekä terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen. Potilaille pyritään varmistamaan diagnoosit poliklinisessa hoitotyössä erilaisten tutkimusten ja pienien toimenpiteiden avulla rajallisessa ajassa. (Fagerholm 2014, 7 - 8.)

Sainion (2010) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilökunnan työajankäyttöä terveyskeskuksen poliklinikalla. Sairaanhoitajan tehtäväkuva on laajentunut entisestään terveyskeskuksissa. Sainion tutkimuksen perusteella terveyskeskuksen poliklinikalla eniten työaikaa veivät ajanvaraamiset sekä potilaiden ohjaus ja neuvonta. Toimisto- ja huoltotyöt veivät Sainion tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien aikaa potilastyöstä. Sairaanhoitajan tehtäviksi siirtyy myös helposti sellaisia tehtäviä, jotka kuuluvat muille ammattiryhmille. Tämän vuoksi onkin tärkeää kiinnittää huomiota sairaanhoitajan työnkuvaan, jolloin sairaanhoitajan työpanos on käytössä potilastyössä.

Partanen (2002) tutki väitöskirjassaan hoitotyön henkilöstön mitoittamista erikoissairaanhoidossa. Tutkimus kohdistettiin erikoissairaanhoidon eri osastoille. Tutkimustuloksista käy ilmi, että välittömään hoitotyöhön käytettiin keskimäärin 41 % työajasta, välilliseen hoitotyöhön 35 % työajasta ja osastokohtaiseen työhön 16 % työajasta. Välittömän ja välillisen työn määrä vaihteli vuoroittain. Iltavuoroissa välittömälle hoitotyölle jäi enemmän aikaa.

Hakoman (2008) tekemässä tutkimuksessa kuvaillaan hoitohenkilöstön työajankäyttöä perusterveydenhuollon kuntoutus- ja arviointiosastoilla. Tutkimuksen avulla saatiin selville, kuinka hoitohenkilöstön työajankäyttö jakaantui toiminnoittain. Työajanseurantalomakkeen avulla kerättiin tutkimukseen materiaalia hoitohenkilöstöltä kahden viikon ajalta. Tuloksista käy ilmi, että välittömään hoitotyöhön meni työajasta 59 %.

Myös ulkomailla on tehty viime vuosina sairaanhoitajien työajan jakautumiseen liittyviä tutkimuksia. Westbrook, Duffield ja Creswick (2011) selvittivät vuodeosastoilla sairaanhoitajien työajan jakautumista. Tutkimuksissa oltiin kiinnostuneita, kuinka paljon sairaanhoitajat käyttivät työpäivästään aikaa välittömään hoitotyöhön ja kuinka paljon muihin toimintoihin. Tutkimusta toteutettiin vuosina 2005 ja 2008. Näiden vuosien tutkimustuloksia vertailtiin keskenään, ja tulokset olivat keskenään yhteneviä. Tutkimustuloksista selvisi, että sairaanhoitajien kahdeksan ja puolen tunnin mittaisesta työpäivästä keskimäärin 37 % meni potilaan välittömään hoitotyöhön.

Michiganin yliopiston tekemässä tutkimuksessa McKay, Luppino, Tompkins ja Vezino (2008) etsivät tietoa, miten sairaanhoitajien työaika jakaantuu eri poliklinikoilla. Tutkimuksen tuloksista saatiin selville, että poliklinikoilla sairaanhoitajien työajasta meni vähemmän aikaa välittömään kuin välilliseen hoitotyöhön. 41 % työajasta meni välittömään hoitotyöhön.

Taiwanissa Lee, Mills & Lu (2008) ovat tutkineet, kuinka sairaanhoitajan työaika jakaantuu työpäivän aikana. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat työskentelivät sisätautien- ja kirurgian vuodeosastoilla. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että 20 % sairaanhoitajien työajasta meni välittömään hoitotyöhön.

2.3 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä tuottaa Suomussalmen, Sotkamon, Ristijärven, Paltamon, Kuhmon, Kajaanin ja Hyrynsalmen kunnille kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluu osajäsenenä myös Puolanka. Kainuun sosiaali- ja kuntayhtymä on maakunnan suurin työnantaja. Työntekijöitä on yhteensä 3700. Kuntayhtymä hoitaa myös Kainuun kuntien tietohallinnon ja tuottaa kunnille talous- ja henkilöstöpalveluja. (Mikä Kainuun sote 2017.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon strategiakartan 2017 - 2020 päämääriä ovat hyvinvoivat kainuulaiset, houkutteleva työpaikka, tehokkaat toimintatavat ja parhaat palvelut sekä tasapainoinen talous. Toiminta-ajatuksena on edistää alueen kainuulaisten osallisuutta ja hyvinvointia sekä järjestää kuntayhtymän vastuulla olevat sosiaali-, terveys- ja muut palvelut tehokkaasti-, vaikuttavasti sekä asiakaslähtöisesti. Strategian visio 2020 on: ”Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on arvostettu edelläkävijä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäjänä sekä kehittäjänä. Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeita”. Arvoina strategiassa on mainittu vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, asiakaslähtöisyys, avoimuus ja luottamus. (Strategiakartta 2017 - 2020 (kaksi valtuustokautta) 2016.)

Kainuun keskussairaala kuuluu osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään. Kainuun keskussairaala muodostuu erikoissairaanhoidollisista terveyspalveluista. Sairaalan toimintaan sisältyy eri erikoisalojen polikliinistä- ja vuodeosastotoimintaa. Vuosittain eri somaattisten erikoisalojen poliklinikoilla tapahtuu käyntejä noin 140 000. (Kainuun sote 2017.)

Kirurgian poliklinikalla potilasryhmä on vaihtelevuudeltaan suuri, sillä sinne kuuluu monia eri kirurgian potilasryhmiä, kuten gastroenterologisia, käsikirurgisia, urologisia ja verisuonikirurgisia potilasryhmiä. Sairaanhoidajat ovat kirurgian poliklinikalla usein lääkärin työparina ja tekevät tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä itsenäisesti. (Kirurgian poliklinikka 2017.) Sisätautien poliklinikka tuottaa sisätautien erikoisalojen hoitopalveluja. Sisätautien poliklinikka on jaettu erikoispoliklinikoihin, jotka ovat sydäntautien poliklinikka, reumasairauksien poliklinikka, endokrinologian poliklinikka, munuaissairauksien poliklinikka, hematologian poliklinikka, infektiosairauksien poliklinikka, vatsatautien poliklinikka ja syöpätautien poliklinikka (Sisätautien poliklinikka 2017.)

Kainuun vastaanotto- ja terveyskeskussairaalatoiminnan perustehtävänä on tuottaa Kainuussa asuville ihmisille heidän tarvitsemiansa terveyden- ja sairaanhoidopalveluja. Terveyden- ja sairaanhoidopalveluihin kuuluvat lääkäri- ja hoitajavastaanottotoiminta sekä erityiset kuntoutustoiminnat. (Terveysasemat 2017.) Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvat Kajaanin, Sotkamon, Hyrynsalmen, Kuhmon, Paltamon, Ristijärven ja Suomussalmen terveysasemien vastaanotot. Tavoitteena vastaanottotoiminnassa on taata asiakkaille hoitotakuulain mukainen hoitoon pääsy. (Vastaanotot 2017.)

Vastaanottotoimintaan kuuluvat sairaanhoidajan tekemä hoidontarpeen arviointi, puhelinohjaus ja neuvonta. Vastaanotolla jaetaan hoitotarvikkeita, tuetaan asiakasta itsenäiseen selviytymiseen, pyritään sairauksien varhaiseen toteamiseen ja oikea-aikaiseen hoitoon sekä hoidetaan äkillisesti sairastuneet potilaat tarpeen mukaan turvallisesti ja tehokkaasti. Lisäksi vastaanotolla ehkäistään ja hoidetaan kansantauteja. (Vastaanotot 2017.) Toiminta-ajatuksena Kajaanin pääterveysasemalla on tuottaa asiakaslähtöistä, ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa työtä (Kajaanin pääterveysasema 2017).

3 Hoitotyö

Hoitotyön keskeisempiä käsitteitä ovat ihminen, hoitaminen, terveys ja ympäristö. Jokainen ihminen on hoitotyön näkökulmasta arvokas sekä ainutlaatuinen ja tarvitsee yksilöllistä hoitoa. Kun hoidetaan ihmistä, tarvitaan tietoa yksilön ominaispiirteistä, sairauden tilasta ja sairauden luonteesta. Hoitamisessa yhdistyy tieto ja taito eri hoitotyön toiminnoista, sisällöistä, menetelmistä sekä niiden vaihtoehtoista. Hoitamisen kannalta oleellista on, miten ihminen ymmärtää terveyden ja millainen on hoitajan käsitys terveydestä. Ympäristö vaikuttaa keskeisesti ihmisen terveyteen ja hoitotyön käytännön toteutukseen. (Lauri & Elomaa 2007, 62 - 63.)

Terveyttä on määritelty eri tavoin. WHO (1946) eli maailman terveysjärjestö määrittelee terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Terveys ei ole sairauden tai heikkouden puuttumista ja se vaihtelee elämänkulun aikana. Siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten sairaudet, elinympäristö, kokemukset, arvot ja asenteet omasta terveydestä. Terveyttä voidaan käsitteenä mitata esimerkiksi tilastollisesti poikkeavina arvoina. Yksilön subjektiivinen kokemus omasta terveydestään on osa terveyttä ja jokainen määrittelee terveyden eri tavalla. Ihminen, jolla on pitkäaikaissairauksia tai vammoja, voi kokea oman terveytensä hyväksi. Kokemukseen omasta terveydestä vaikuttaa tarvittavan hoidon saanti ja elinympäristö, jossa yksilö pystyy toteuttamaan itseään sekä ottamaan vastuun teoistaan. Terveys on vaikuttava voimavara ihmisen elämässä. (Huttunen 2018.)

Elinympäristö on osa ihmisen terveyttä. Hyvä fyysinen elinympäristö tukee elämässä pärjäämistä. Huono elinympäristö voi altistaa syrjäytymiselle ja sairastumiselle. Ympäristön merkitystä tai hyvää elinympäristöä ei voida yksiselitteisesti määritellä, sillä jokaisella ihmisellä on yksilöllinen kokemus hyvästä elinympäristöstä. Fyysisen elinympäristön edistämiseksi on tehty terveydensuojelulaki, joka huolehtii yhtenä osana ympäristön hyvinvointia ja siten ihmisen fyysistä terveyttä. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes 2000.)

Sosiaalisella elinympäristöllä on vahva vaikutus terveyteen. Lapsen vuorovaikutus- ja tunteet kehittyvät kasvu ympäristöissä ja kouluissa. Taitojen oppiminen ja kehittyminen jatkuvat aikuisiällä työympäristöihin ja harrastuksiin. Yksinäisyys huonontaa psyykkistä terveyttä. Ihmisen yksilöllistä ja yhteiskunnallista sosiaalista pääomaa vahvistamalla voidaan taas edistää psyykkistä terveyttä. Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan yhteyttä ja

luottamusta muita kohtaan sekä tukiverkostoja. (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen & Solantaus 2017, 986 - 989.)

Hoitotyön tehtävänä pidetään kokonaisvaltaista ihmisten auttamista ja hoitamista sairastilanteissa. Hoidossa on huomioitava yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Hoitotyöhön kuuluu keskeisesti potilaan riittävä ohjaus. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa terveydentilaansa koskien. Ohjaamalla pyritään kannustamaan potilasta osallistumaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen hänen voimavarojensa mukaisesti. Potilaan tukeminen ja sopeutumiseen kannustaminen uudessa elämänvaiheessa ovat myös osa hoitotyön tehtäviä. (Lauri & Elomaa 2007, 68.)

3.1 Välitön hoitotyö

Välitön hoitotyö muodostuu perushoidollisista ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä, jotka tapahtuvat potilaan välittömässä läheisyydessä. Se sisältää potilaan fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista huolehtimista. Välittömiin hoitotyön toimintoihin sisältyvät lääkehoidon toteuttaminen, ohjaus ja neuvonta, perushoitoon kuuluvat toimet kuten ravitsemuksesta ja hygieniasta huolehtiminen, kuntoutumisen tukeminen ja erilaiset potilaan läsnä ollessa tehdyt hoitotyön toimenpiteet. Välittömiin hoitotoimenpiteisiin lasketaan myös kuuluvaksi osallistuminen lääkärin kiertoihin ja lääkärin avustaminen. (Partanen 2002, 102 - 103.)

Lääkehoito on oleellinen osa hoitokokonaisuutta ja keskeinen osa lääketieteellistä hoitoa. Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä, lievittää ja parantaa sairauksia sekä sairauden etenemistä, oireita ja komplikaatioita. Jokaisessa toimintayksikössä tulee olla ajan tasalla oleva lääkehoitosuunnitelma, jonka perusteella lääkehoitoa toteutetaan. Sairaanhoitaja saa toteuttaa lääkehoitoa toimintayksiköissä vaadittavan koulutuksen ja osaamisen varmistamisen jälkeen. Lääkehoidon toteuttamiseen kuuluu lääkkeiden hankkiminen, säilyttäminen, käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin. Lääkkeiden antaminen, lääkehoidon vaikutuksen seuraaminen sekä arvioiminen ja lääkehoidon toteuttamisen kirjaaminen ovat myös osa lääkehoidon toteuttamista. Lääkehoitoon kuuluu myös lääkkeiden oikeaoppinen hävittäminen. Lääkitystä ja lääkehoidon kokonaisuutta tulee arvioida säännöllisesti. (Inkinen, Volmanen, & Hakoinen 2016, 3, 12, 25, 41 - 44, 47 - 46.)

Potilaan ohjaaminen on rakenteeltaan suunnitelmallista ja potilas tekee aktiivisesti päätöksiä hoitohenkilöstön tuella. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu antaa potilaalle riittävää ohjausta ja tukea sairauteen liittyvässä hoidossa. Ohjaaminen on keskeistä kaikissa potilaan hoitoon liittyvissä vaiheissa. Potilasohjauksen päämäärä on lisätä potilaan ymmärrystä ja itsenäistä päätöksen tekoa ammattihenkilön antamaan tietoon perustuen. Ohjauksen avulla potilasta motivoidaan ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja toipumisesta sekä hoidon kannalta merkittävistä tekijöistä. Ohjauksen avulla edistetään potilaan elämänhallintaa ja tuetaan sairaudesta selviytymistä. Tavoitteena potilasohjauksessa on potilaan voimavaraistuminen, jolloin motivaatio ja hallinnan tunne omaa elämää kohtaan sekä mahdollisuudet vaikuttaa hoitoon lisääntyvät. (Lipponen 2014, 17.)

Potilaan ensikontakti terveyskeskukseen on yleensä puhelinneuvonta. Puhelinneuvonta jaetaan terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan, palveluneuvontaan ja palveluun ohjaukseen. Puhelinneuvonta voi olla yksikön toteuttamaa tai ulkoistettua. Yleisten ohjeiden ja tiedotusten antamisella tarkoitetaan yleistä palveluneuvontaa. Palveluun ohjauksessa potilas ohjataan hänen tarvitsemaansa palveluun. (Rintanen, Puromäki & Heinämäki 2014, 30.) Yleisestä puhelinneuvonnasta tulee yksilöllistä, kun potilaalle annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita, tai hänen terveydentilaansa otetaan kantaa. Yksilöllistä puhelinneuvontaa saa antaa vain terveydenhuollon ammattihenkilö. (Peltonen 2009, 24.) Potilaskertomusten täytyy olla saatavilla puhelinneuvonnan yhteydessä, jos annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita (Rintanen, Puromäki & Heinämäki 2014, 30). Tunnisteeton eli yleinen neuvonta on puhelinpalveluissa vähentynyt ja tunnistainen eli yksilöllinen lisääntynyt (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015, 5).

Osa hoitohenkilökunnasta työskentelee pääosin puhelinneuvonnan, päivystysluonteisten potilaiden hoidon ja hoidon tarpeen arvioinnin tehtävissä yli puolessa Suomen terveyskeskuksista. Puhelinneuvonta on osa päiväaikaista vastaanotto toimintaa arkinen 89 %:ssa terveyskeskuksista. Takaisinsoittojärjestelmä on käytössä 73 %:ssa terveyskeskuksista. Hoitajien työpanoksesta keskimäärin pienempi osa kuluu puhelinneuvontaan suurimmissa terveyskeskuksissa. (Rintanen ym. 2014, 4, 25.) Hoitohenkilöstön toteuttama puhelinneuvonta, vähentää kuormitusta laitoshoidossa ja lääkäreiden vastaanotolla (Lipponen 2014, 19 - 20).

Potilaan tukeminen liittyy terveyden ylläpitämiseen ja se lähtee yksilöllisistä tarpeista. Toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen on tärkeää fyysisen ja psyykkisen terveyden kannalta. (Mattila 2011, 25; Heiskanen 2005, Janda ym. 2008, Halkett ym. 2010, Carroll ym. 2010, Sanders ym. 2010 mukaan.) Potilaan tulevaisuudenuskon, mielialan ja toivon

ylläpitämisen tukeminen ovat tärkeitä psyykkisen terveyden ylläpitäjiä. Potilaan itsemääräämisoikeuden ja omanarvontunteen säilymistä tuetaan hoidon aikana, ja potilaalla pyritään säilyttämään koskemattomuuden tunne. (Mattila 2011, 25; Steginga ym. 2001, Gessell ym. 2004, Jacelon 2006, Dorman ym. 2009, Pigott ym. 2009 mukaan.) Potilaalle jaetaan tietoa sairaudesta sekä hoidoista (Mattila 2011, 25; Browall ym. 2004, Liao ym. 2007, Janda ym. 2008, Harrison ym. 2009, Pigott ym. 2009, Halkett ym. 2010 mukaan). Potilaan lisäksi myös omaiset ja perhe täytyy huomioida. Omaisia ja perhettä tuetaan yksilöllisesti tilanteen mukaan ja heille annetaan mahdollisuus olla potilaan vierellä hoitotilanteissa. (Mattila 2011, 25; Maxwell ym. 2007, Rotman-Pikielny ym. 2007, Olsen ym. 2009, Halkett ym. 2010, Oftedal ym. 2010 mukaan.) Emotionaalista tukea annetaan potilaalle ja hänen perheelleen erilaisten vuorovaikutustaitojen avulla, kuten ymmärryksenä, läsnäolona, huolenpitona ja rohkaisuna (Mattila 2011, 25; Maxwell ym. 2007, Nikki & Paavilainen 2010 mukaan).

Ravitsemuksesta huolehtiminen on keskeistä potilaan hoidossa. Sairaaloiden tarjoamat ruoka-annokset ovat suunniteltu noudattamaan perusruokavaliota, jolloin niiden syöminen takaa potilaille toipumiseen riittävän ravitsemuksen. Vajaaravittu tai vajaaravitsemusriskin omaava potilas on tunnistettava ja hänen ravitsemushoitoonsa paneuduttava. Tarvittaessa potilaan on saatava ylimääräistä energiaa, jolloin ruokaan lisätään enemmän rasvoja ja proteiineja. Täydennysravintovalmisteita olisi hyvä tarjota potilaalle ravinnonsaannin tukemiseksi. Näin varmistetaan potilaan toipumiseen riittävä energiansaanti. Enteraalinen ravitsemus on aiheellista, jos potilas ei syystä tai toisesta kykene syömään riittävästi. Enteraalisen ravitsemuksen tavoitteena on korjata mahdollinen jo syntynyt vajaaravitsemus tai ehkäistä sitä ja optimoida potilaan toipuminen. Enteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan ruoansulatuskanavan kautta toteutettavaa ravitsemusta, kuten syömistä tai mahaletkun kautta suoraan vatsalaukkuun annettavaa ravitsemusta. (Saarnio ym. 2014, 2239 - 2240.)

Hygieniasta huolehtiminen on osa päivittäisiä toimintoja. Päivittäisiin perustoimintoihin kuuluvat muun muassa peseytyminen, pukeutuminen, wc-käynnit ja pidätyskyvyn tukeminen. Itsenäinen selviytyminen päivittäisistä perustoiminnoista kuvastaa potilaan fyysistä toimintakykyä. Mitä paremmin potilas selviää perustoiminnoista, sitä paremmin hän selviytyy itsenäisesti arjesta. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 17.)

Kuntoutumisen tukeminen on erityisen tärkeää hoitotyössä. Kuntoutuksella pyritään parempaan toimintakykyyn tai toimintakyvyn ylläpitämiseen. Kuntoutuminen parantaa elämänlaatua ja tyytyväisyyttä omaan kehoon. Potilasta tulee tukea ja ohjata erilaisissa arjen

tilanteissa. Kuntoutumisen tukeminen perustuu potilaan ja sairaanhoitajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen, sillä kuntoutuminen tulee aloittaa potilaan voimavarat huomioiden. Potilaan motivoimiseksi on hyvä luoda selkeät tavoitteet, joita kohti kuntoutumisessa pyritään. Tavoitteita laatiessa on kuitenkin huomioitava asiakaslähtöisyys, mikä tarkoittaa, että potilaalle tulee antaa mahdollisuus itse miettiä hänelle merkitykselliset tavoitteet. Tavoitteista ei kuitenkaan kannata luoda epärealistisia, sillä riittävän pieneksi pilkotut tavoitteet ovat helpommin saavutettavissa. Erilaiset kuntoutussuunnitelmat auttavat niin potilasta kuin sairaanhoitajaakin kuntoutumisen toteuttamisessa. Potilaan saavutettua tavoitteensa, hän kokee onnistumista, joka motivoivat potilasta jatkamaan kuntoutumista. (Kari ym. 2013, 37, 184 - 185.)

Lääkärinkierrolla hoitaja kiertää lääkärin ja mahdollisesti muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tapaamassa potilaita. Lääkärinkierrolla lääkäri käy potilaan hoitoa läpi yhdessä potilaan kanssa. Lääkäri tiedottaa potilasta ja keskustelee hänen kanssaan tutkimustuloksista, hoitovaihtoehtoista ja yleisesti potilaan tilasta. Lääkärinkierto on potilaalle mahdollisuus kertoa omasta voinnistaan ja lääkärille mahdollisuus kartoittaa potilaan tilannetta. Kierroja tapahtuu osastoilla päivittäin. Lääkärinkierto perustuu lääkärin, potilaan ja hoitohenkilöstön väliseen kommunikointiin. (Lämsä R. 2013, 79, 83.)

Vastaanottotoiminnassa lääkärin ja sairaanhoitajan kiinteää ja jatkuvaa yhdessä työskentelyä kutsutaan työparityöksi. He vastaavat yhdessä tietyn potilasryhmän hoidosta. Potilas ottaa tarvittaessa yhteyttä omaan sairaanhoitajaansa. Työparityössä sairaanhoitaja huolehtii pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidosta omalla vastaanotollaan ja avustaa tarvittaessa lääkäriä sekä suorittaa sairaanhoitajille kohdistettuja erityistehtäviä. (Peltonen 2009, 51.)

Useissa eri laeissa on toimenpiteiden suorittamista koskevia säädöksiä. Yleensä toimenpiteiden suorittajan on oltava lääkäri tai lääkärin on valvottava toimenpiteiden suorittamista. Hoitohenkilöstö voi lääkärin ohjeiden mukaisesti suorittaa joitakin terveydenhuollon tehtäviä itsenäisesti. (Peltonen 2009, 22 - 23.) Terveystenhuollon tarviketta tai laitetta käytävällä on oltava käytön vaatima koulutus ja kokemus (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 2010).

Ensimmäisiä Suomessa tehtyjä terveystenkeskuksien vastaanottoihin kohdistuvia ajankäytön tutkimuksia on Elovaaran ja Kekin (1995) tekemä tutkimus sairaanhoitajan työn sisällöstä ja työajan käytöstä avosairaanhoidon vastaanotoilla. Viiden eri terveystenkeskuksen avosairaanhoidon vastaanottotyötä tarkastellessa havaittiin, että kaikkien terveydenhuollon henkilöstöryhmien työ terveystenkeskuksien vastaanotoilla sisälsi huomattavasti paljon

muitakin työtehtäviä kuin pelkästään potilaiden hoitoa. Etenkin kirjalliset työt veivät runsaasti aikaa.

Elovaara ja Kekki (1995) määrittelivät tutkimuksessaan välittömän ja välillisen hoitotyön käsitteet. Välitön hoitotyö tarkoittaa Elovaaran ja Kekin mukaan tehtäviä, joissa hoidon antaja on henkilökohtaisessa vuorovaikutussuhteessa potilaaseen. Välilliseen hoitotyöhön kuuluu konsultointi potilaan hoidosta, neuvottelut omaisten kanssa, hoitosuunnitelmien laatiminen, kirjaaminen ja koulutukset. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että välittömän hoitotyön osuus oli 40-60 % terveyskeskuksesta riippuen. Tutkimuksessa todettiin, että mitä vähemmän terveydenhuollon henkilöstöryhmillä on aikaa välittömään hoitotyöhön, sitä hankalampaa potilailla on päästä hoitoon. Tutkimuksen mukaan ei silti voida väheksyä työaikaa vieviä tehtäviä, kuten koulutusta tai konsultaatiota, sillä ne parantavat hoidon laatua. Elovaaran ja Kekin tutkimusta hyödynnetään myöhemmin muun muassa Sainion (2010) pro gradu -tutkielmassa ja Partasen (2002) väitöskirjassa.

3.2 Välillinen hoitotyö

Välillinen hoitotyö koostuu hoitotyöstä, jota ei tehdä potilaan välittömässä läheisyydessä. Hoitotyötä ei tehdä potilaan läsnä ollessa, mutta työ tehdään häntä varten. Välilliseen hoitotyöhön katsotaan kuuluvaksi kirjaaminen, raportointi, ammatillinen konsultaatio, potilaan hoitoon liittyvien toimenpiteiden valmistaminen ja ajanvaraus sekä potilaan hoidon järjestäminen. (Partanen 2002, 103 - 104.)

Potilaan hoitoon liittyvistä vaiheista kirjataan päivittäin. Terveyskeskuksen toimintapaikoissa kirjataan aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta jokaisesta potilaasta. Osastoilla olevista potilaista kirjataan joka päivä sairauden tilaan liittyvät huomiot ja tehdyt hoitotoimenpiteet. Kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle, hoidon toteutukselle ja jatkuvuudelle. Kirjaamisen avulla ammatillinen tiedonvaihto sujuu mutkattomasti ja työnjako toteutuu hoitohenkilökunnan kesken tarkoituksen mukaisesti. Kirjaamista säätelevät useat juridiset käytännöt. (Nykänen & Junttila 2012, 12.)

Sähköisiä potilasasiakirjoja käytettäessä systemaattisen kirjaamisen merkitys korostuu. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä asiakirjoja, jotka pitävät sisällään potilaan terveydentilaa koskevia tietoja ja muita henkilökohtaisia merkintöjä. Sähköistä potilasasiakirjaa käyttävät monet potilaan hoitoon osallistuvat ammattiryhmät. Sähköisen kirjaamisen kehittämisen lähtökohtana on tarve

vähentää päällekkäistä kirjaamista, jolloin olennaisen tiedon löytyminen helpottuu runsaasta tietomassasta. Sähköisen kirjaamisen avulla mahdollistetaan hoidon jatkuvuus ja tiedon siirtyminen eri hoitoympäristöistä toiseen, kun potilaan hoito eri yksiköissä päättyy, mutta jatkuu jossain muualla. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 12, 14 - 15.) Potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja saada tietoa hoidon etenemisestä. Kirjatut tiedot ovat keskeisessä roolissa potilaan oikeuksien näkökulmasta. Potilasasiakirjoista tulisi aina selvittää, mitä potilaalle on tehty ja tiedotettu hänen tilaansa koskien. Potilaan oma ääni saa myös näkyä kirjaamisessa. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 12, 14 - 15.)

Raportointi kuuluu olennaisena osana välilliseen hoitotyöhön, sillä hoitotyössä tietoa täyttyy jakaa ja siirtää muille sairaanhoitajille. Tiedonvälityksen avulla siirretään vastuu potilaasta työvuoron vaihtuessa tai hoitoyksiköstä toiseen siirrettäessä. Raportointia tapahtuu sekä suullisesti että kirjallisesti. Raportoinnin avulla pyritään turvaamaan potilaan hoidon jatkuminen. Raportoinnin avulla voidaan kertoa kuluneen työvuoron tapahtumista, potilaan hoitotoimenpiteistä ja potilaan voinnista. Parhaimmillaan raportointi on lyhytsanaista ja sisältää oleelliset asiat potilaan hoitoon liittyen, mikä helpottaa vuoroa aloittavia sairaanhoitajia jatkamaan potilaan hoitoa. (Ruuskanen 2007, 4.)

Kirjallinen eli hiljainen raportti on tiedonvälitystä kirjallisesti. Hiljaista raportointia on esimerkiksi se, kun sairaanhoitaja työvuoronsa alussa lukee potilaiden tietoja potilaskertomuksesta. Hiljaisessa raportissa korostuu, kuinka tarkasti ja huolellisesti potilaista täytyy kirjata, jotta seuraavat työvuorolaiset voivat jatkaa hoitotyötä ongelmitta. (Hoffrén, Huovinen & Mykkänen 2011, 7.)

Suullinen raportointi on tärkeää, vaikka hiljainen raportti on hoitotyössä yleistymässä. Nopeat suulliset raportit ovat käytännöllisiä. Esimerkiksi vuoron vastuuhoitaja voi suullisella raportoinnilla kertoa lääkärinkierrolla tehdyistä suunnitelmista potilaan hoitoon liittyen. Suullinen raportointi vie enemmän aikaa kuin hiljainen raportointi, mutta suullisessa raportoinnissa on mahdollisuus kollegiaaliseen keskusteluun potilaan hoitoprosessiin liittyen. (Hoffrén ym. 2011, 7 - 13.)

Vastuun ja velvollisuuksien kasvaessa sairaanhoitajat joutuvat olemaan vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä yhä useampien potilaiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Sairaanhoitaja ohjaa ja koordinoi potilaiden hoitoa eri henkilöstöryhmien välillä. (Ylitörmänen 2011, 18, 20.) Eri ammattiryhmien asiantuntijoiden yhdessä työskentely erilaisissa verkostoissa ja työryhmissä tiedon, osaamisen ja vallan jakamiseksi on moniammatillista yhteistyötä. Tarkoituksena moniammatillisessa yhteistyössä on saavuttaa sellaista, johon ei

pystytä yksin. Edellytyksiä moniammatilliseen yhteistyöhön ovat avoin vuorovaikutus ja kommunikaatio, johon liittyy jämäkkyyttä tuoda esiin omat näkemykset. (Salmelainen 2008, 19.)

Moniammatillisuudessa arvostetaan toisten osaamista. Jokainen ryhmän jäsen vaikuttaa omalla toiminnallaan moniammatillisuuteen. Moniammatillisuus ei synny itsestään vaan sen toimintaa tulee kehittää. Kun jokainen ryhmän jäsen toimii yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, lopputulos moniammatillisessa ryhmässä on hyvä. (Katajamäki 2010, 25 - 28.)

Ammatillinen konsultaatio on osa moniammatillisuutta. Yhteiskunta on täynnä tietoa, jonka hallitseminen yksilöltä ei onnistu. Yksilön tietoperusta rakentuu hänen osaamisestaan ja sosiaalisesta verkostostaan. Yksilöiden tehtävänä on täydentää toistensa osaamista, eikä hallita liikaa kokonaisuutta. Parhaimmillaan työympäristö on sellainen, jossa jaetaan osaaminen, tieto ja valta. (Niemi 2016.)

4 Sairaanhoidajan työajan jakautuminen

Sairaanhoidaja toimii hoitotyön asiantuntijana, jonka työnkuva on laaja alkaen hoitotyön suunnittelusta toteutukseen ja hoitotyön arviointiin asti. Sairaanhoidaja arvioi hoitotyötä kokonaisvaltaisesti ja hoitotyötä toteuttaessaan lähtee liikkeelle potilaslähtöisesti. Sairaanhoidajan velvollisuus on toimia hoitotyön kehittäjänä ja toteuttajana. (Järvel 2015, 41.)

Sairaanhoidajien työn perustana on hoitotiede. Sairaanhoidajien toteuttaman hoitotyön pitää olla näyttöön perustuvaa eli parhaaseen mahdolliseen saatavilla olevaan tutkimustietoon perustuvaa. Sairaanhoidajien tulisi osata arvioida tutkimustietoa kriittisesti. Sairaanhoidaja on vastuussa oman ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Vahva eettinen ja ammatillinen päätöksenteko kuuluu olennaisesti sairaanhoidajan ammattiin. (Eriksson ym. 2015, 15 - 19.)

Työhön käytettyä aikaa sekä aikaa, jonka työntekijä on velvollinen olemaan työnantajan käytettävissä työpaikalla, kutsutaan työajaksi (Työaikalaki 1996). Säännöllisellä työajalla tarkoitetaan työntekijän työsopimuksen mukaista normaalia vuorokautista tai viikoittaista työaikaa. Sairaanhoidajien viikoittainen työaika on 38h ja 45min helmikuusta 2017 alkaen. (Säännöllinen työaika 2016.)

4.1 Sairaanhoidajan työ

Suomalainen sairaalajärjestelmä syntyi 1700-luvulla silloisten lääninsairaaloiden myötä. Ensimmäiset valtion sairaalat perustettiin 1800-luvulla, mutta järjestelmän kehittymisen esteenä oli sairaanhoidajien kouluttamattomuus. Nälänhätä ja kulkutaudit olivat yhteiskunnassa vallitseva ongelma 1800-luvulla ja ongelmien hoitamiseen tarvittiin sairaanhoidajia. Sairaanhoidajien koulutuksen katsotaan virallisesti alkaneen Suomessa vuonna 1889 Helsingissä, kun yleinen sairaala aloitti toimintansa kouluttamalla sairaanhoidajia. (Järvel 2015, 40; Lavander 2017, 33.)

Sairaanhoidajakoulutukselle on luotu vankka pohja, eikä sairaanhoidajien merkityksen määrä yhteiskunnassa ole vähentynyt. Nykyisen sairaanhoidajakoulutuksen laajuus on 210 opintopistettä. EU:n ammattipätevyysdirektiivin mukaan sairaanhoidajakoulutuksen tulee olla laajuudeltaan vähintään 180 opintopistettä. Koulutus toteutetaan ammattikorkeakouluista annetun lainsäädännön mukaan eli siihen sisältyy perus- ja ammattiopintoja, harjoitteluja, opinnäytetyö ja vapaasti valittavia opintoja. (Lavander 2017, 42.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä velvoittaa, että terveydenhuollon ammattihenkilö on saanut ammatinharjoittamisoikeuden eli on laillistettu ammattihenkilö. Tällöin henkilöllä on oikeus käyttää ammattinimikettä. Laillistetulla ammattihenkilöllä on oikeus terveydenhuollon ammatinharjoittamiseen. Lain avulla pyritään varmistamaan, että terveydenhuollossa toimivalla henkilöllä on oikeanlainen koulutus takaamaan riittävän ammatillisen pätevyyden toimia hoitotyössä. Lain tarkoituksena on toimia potilasturvallisuuden edistäjänä ja parantaa hoidon laatua eri ammattihenkilöiden yhteistyötä helpottamalla. Lain avulla eri ammattihenkilöiden osaaminen pyritään kohdentamaan tarkoituksenmukaisesti. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994.)

Sairaanhoitajien työtehtävänä on hoitaa potilaita yhteiskunnassa. Sairaanhoitajat työskentelevät eri ympäristöissä kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa, yksityisillä palveluiden tuottajilla ja kolmannella sektorilla. Sairaanhoitajat tukevat ihmisiä eri elämänvaiheissa. Sairaanhoitajana joutuu kohtaamaan myös äkillisesti sairastuneita, vammautuneita ja menehtyneitä potilaita. Sairaanhoitajien tehtävänä on myös tuoda hoitotyön näkemys yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. (Eriksson ym. 2015, 11.)

Osastokohtainen työ kuuluu usein sairaanhoitajien työnkuvaan muun hoitotyön lisäksi. Osastokohtaiseen työhön kuuluvat välineiden kunnossapito ja huolto, varastojen täydennys, toimistotyö, tavaroiden tilaus, apuvälineiden lainaus, osastokokoukset ja koulutukset. (Sainio 2010, 28.) Osastokohtaisen työn määrä vaihtelee työpaikasta riippuen. Sainion (2010) tekemän pro gradu -tutkielman tuloksista käy ilmi, että hoitohenkilökunnan työajasta 2,7 % menee toimistotyöhön. Kun toimistotyön lisäksi tehdään muuta edellä mainittua osastokohtaista työtä, vie se jopa 15 % sairaanhoitajan työajasta.

Koulutus ja kehittämistoiminta ovat lisääntymässä hoitotyössä. Hoitotyön työympäristö muuttuu nopeasti uusien hoitomuotojen ja teknisten sovellusten kehittyessä. Kun uusia asioita tuodaan hoitotyön työympäristöön, tarvitaan sairaanhoitajille koulutusta. Uusia laitteita otetaan nopeasti käyttöön hoitotyön työympäristöihin ja hoitajilla tulee olla koulutus laitteiden hallintaan ennen niiden käyttöä. Muutokset työelämässä edellyttävät, että myös sairaanhoitajien mielipiteet ja ajatukset otetaan huomioon muutosten suunnittelussa ja toteutuksessa. (Pohjola 2008, 12.)

Henkilökohtaisella ajalla tarkoitetaan opinnäytetyössämme lepoaikaa. Vuorokautisen työajan ollessa pidempi kuin kuusi tuntia, eikä työpaikalla oleminen ole työn jatkumiselle vält-

tämätöntä, on työntekijälle annettava vähintään tunnin pituinen lepoaika. Lepoajalla työntekijä saa poistua työpaikalta. Työntekijä ja työnantaja voivat myös sopia lyhyemmästä lepoajasta, mutta sen on oltava vähintään puoli tuntia. (Työaikalaki 1996.)

Suomessa sairaanhoitajien tarve työelämässä on kasvanut johtuen väestön ikääntymisestä ja sairaanhoitajien eläköitymisestä. Terveysthuollon palvelujärjestelmän kestävyuden kannalta tavoitteena on, että alalla työskentelevät sairaanhoitajat toimivat työssään mahdollisimman tuloksellisesti ja vaikuttavasti. Näyttöön perustuvan toiminnan toteuttaminen päivittäisessä hoitotyössä antaa tarvittavat edellytykset kyseiselle tavoitteelle. (Saunders 2016, 3.)

Sairaanhoitajien itsenäinen työskentely on myös lisääntynyt ja lääkäreiden työtehtäviä on siirretty sairaanhoitajille. Sairaanhoitajille on kohdennettu yhä enemmän vastuuta potilaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta. (Paakkonen 2008, 123.) Henkilöstöryhmien työnjaon uudistamisen tarkoituksena voidaan pitää työympäristön kehittämistä ja työyhteisön vuorovaikutuksellisten, laadullisten ja terveydellisten seikkojen huomioimista. Lisäksi työnjaon uudistamisella tavoitellaan henkilöstön oikeanlaista resursointia ja kannustamista. (Peltonen 2009, 42.)

4.2 Terveysthuollon työnjako

Terveysthuollossa työnjaolla tarkoitetaan toiminnan ja työtehtävien järjestämistä tarkoituksenmukaisesti niin, että hoito kokonaisuudessaan on joustavaa eri ammattiryhmien välillä. Työnjaon käsitettä käytetään harvemmin kansainvälisissä tutkimuksissa, sillä työnjako tulee usein esille muiden käsitteiden kautta. Työnjakoa on kuvattu roolien, hoidollisten tehtävien ja työajan käytön avulla. Työajan jakautumista tehtäväkohtaisesti on tutkittu kansainvälisesti paljon, mutta vertailua kansainvälisiin tutkimuksiin hankaloittaa se, ettei koulutuksen laajuus ja osaaminen ole kansainvälisesti samalla tasolla. Maailmassa valmistuu joka vuosi noin 500 000 hoitotyön työntekijää, joiden koulutus vaihtelee yliopistokoulutuksesta hyvin epäviralliseen työn ohessa tapahtuvaan koulutukseen. (Lavander 2017, 27 - 28.)

Nykyinen sosiaali- ja terveysthuollon järjestelmä on suurilta osin rakennettu 1960- ja 1980-lukujen aikana. Kehitys on laajentunut jatkuvalla tahdilla. Sairaallaki vuonna 1956, sairausvakuutuslaki vuonna 1963 ja kansanterveyslaki vuonna 1972 ovat olleet merkittäviä muutoksia palvelujärjestelmän kehittämisessä. Näiden lakien avulla Suomen valtiolle

on saatu keskussairaalat, korvaukset reseptilääkkeistä ja tasavertainen mahdollisuus päästä hoitoon. Vuosien saatossa sosiaali- ja terveyspalveluista on laajentunut moninainen kokonaisuus. Työnjaon näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän moninaisuus on ollut toisinaan haaste. Työnjakoa on pyritty edistämään tehtävärakennetta koskevilla ohjeistuksilla ja suosituksilla. (Lavander 2017, 31 - 32.)

Sote-uudistuksen avulla on tarkoitus uudistaa palvelurakennetta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä. Jatkossa palvelut järjestetään maakuntien toimesta. Uudistuksen tavoitteena on vahvistaa ja lisätä tasavertaisuutta terveyspalveluiden saatavuutta, kaventaa terveyspalveluiden eroavaisuuksia ja hillitä sosiaali- ja terveyspalveluista aiheutuvia kustannuksia. Palvelurakennemuutokseen kuuluu myös valinnanvapaus, jolloin ihminen saa valita hoitopaikkansa. (Sote-uudistuksen tavoitteet 2018.)

Maakunnat ovat kuntia vahvempia palveluiden järjestäjiä rahallisesti ajatellen. Samalla kun palvelurakennetta uudistetaan, tehdään myös tietojärjestelmien ja sähköisten palveluiden uudistus. Tietojärjestelmien toimivuus on keskeistä palvelujen saatavuuden kannalta. Yhtenäinen tietojärjestelmä eri maakuntien kanssa on tulevaisuudessa ehdoton, jotta yhteistyö eri maakuntien välillä onnistuu mutkitta. (Sote-uudistuksen tavoitteet 2018.)

Palvelurakenteen uudistus tuo lisähaasteita työtehtävien jaon kannalta. Jos maakuntakeskuksiin aiotaan jatkossa keskittää vaativaa hoitoa tarvitsevat potilaat, tulee näihin keskuksiin saada riittävän osaava henkilökunta. Sairaanhoidajien työtehtävät tulevat tulevaisuudessa muuttumaan. Moniammatillinen yhteistyö tulee lisääntymään ja osa nykyisistä lääkäreiden työtehtävistä siirtyy sairaanhoidajien työtehtäväksi. Tämä edellyttää motivoitumista jatkokoulutuksiin. Lisäksi tulevaisuuden potilas on entistä tietoisempi omasta hoidostaan. (Lavander 2017, 34 - 35.)

5 Tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka paljon aikaa poliklinikalla ja vastaanotolla työskentelevältä sairaanhoitajalta menee välittömään hoitotyöhön ja välilliseen hoitotyöhön. Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää vastaanotto- ja polikliinista hoitotyötä.

Tutkimusongelmat ovat

1. Miten sairaanhoitajan toteuttama välittömän ja välillisen hoitotyön määrä jakautuu vastaanotto- ja polikliinisessä hoitotyössä?

1.1 Miten sairaanhoitajan toteuttama välittömän ja välillisen hoitotyön määrä jakautuu yhden työviikon aikana?

1.2 Miten sairaanhoitajan toteuttama välittömän ja välillisen hoitotyön määrä jakautuu yhden työpäivän aikana?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

Käsitlemme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla opinnäytetyömme toteutusta. Opinnäytetyömme toteutukseen kuuluvat kohderyhmän valinta, mittarin laadinta sekä esitestaus, aineiston keruu ja analysointi. Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmän valitsimme toimeksiantajan toiveesta saada numeraalista tietoa hoitotyön työajan käytöstä.

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössämme käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Määrällinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista. Muuttuja voi tutkimuksessa olla esimerkiksi asia, toiminta tai ominaisuus. Mittari on myös keskeinen osa määrällistä tutkimusta. Mittari on väline, jonka avulla saadaan tietoa tutkitavasta asiasta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa käsitellään numeerisesti eli tutkittavia asioita ja tutkimuksen tuloksia kuvaillaan numeroiden avulla. Tärkeää kuitenkin on, että numeeriset tiedot selitetään sanallisesti. (Vilka 2007, 13 - 14.) Mittarina opinnäytetyössämme käytettiin työajanseurantalomaketta ja muuttujat ovat erilaisia työtehtäviä, jotka kuuluvat sairaanhoitajan toimenkuvaan.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittaamisella tarkoitetaan havaintoyksikön ominaisuuksien mittaamista eri muuttujilla. Kyselylomakkeen eli tutkimuksen mittarin suunnittelun alussa määritetään mitta-asteikko. Mitta-asteikko valitaan tutkimuksen mitattavan asian ja mitattavan asian tarkkuuden mukaan. Opinnäytetyössämme käytettiin suhdelukuasteikkoa. Sillä voidaan mitata esimerkiksi aikaa, ikää tai matkaa. Asteikosta voidaan laskea eri tunnuslukuja, kuten moodi, mediaani ja aritmeettinen keskiarvo. Otantamenetelmänä opinnäytetyössämme käytettiin kokonaisotantaa, sillä opinnäytetyöhömmme osallistuvien lukumäärä oli pieni. Kokonaisotanta tarkoittaa, että koko perusjoukko otetaan tutkimukseen mukaan. Palautettujen lomakkeiden lukumäärää verrataan lähetettyihin ja tarkastetaan, miten lomakkeita on täytetty, jonka jälkeen määritellään vastausprosentti. Vajaasti täytettyjä lomakkeita ei pystytä ottamaan huomioon tutkimuksessa. (Vilka 2007, 48, 50, 52.)

Vilkan (2007, 25 - 26) mukaan teoreettiset käsitteet ovat tärkeä osa kvantitatiivista tutkimusprosessia. Niiden avulla voidaan löytää yhdenmukaisuutta eri ilmiöiden sekä asioiden välillä. Teoreettiset käsitteet eivät saa olla paikkaan tai aikaan riippuvaisia, vaan niiden

tulee olla yleisiä käsitteitä. Kvantitatiivinen tutkimusprosessi alkaa tutkimustyöllä, jossa muodostetaan teoreettiset käsitteet. Käytännön tutkimuksen jälkeen teoriaa hyödynnetään analysoinnissa ja tulosten esittämisessä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan täytyy osata löytää vastaavuus teoreettisten käsitteiden ja konkreettisten käsitteiden eli arkikielessä käytettyjen käsitteiden välillä, jotta tutkittavat ymmärtävät käsitteet tutkijan kanssa samalla tavalla.

Kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan luokitella monilla eri tavoilla. Opinnäytetyömme on survey-tutkimus eli kyselytutkimus, jossa sairaanhoitajat vastasivat valmiiksi laadittuihin kysymyksiin lomakkeille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56 - 57.) Kysymykset olivat standardoituja eli kaikilta tutkittavilta kysyttiin samat kysymykset samassa järjestyksessä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tyypillistä aineistolle on, että vastaajien määrä on suuri. Suositeltava otos eli havaintoyksiköiden vähimmäismäärä on 100, jos tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä. (Vilkka 2007, 17, 28.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 55) mukaan tutkimuksen muuttujat voivat olla riippumattomia tai riippuvaisia. Riippumattomia tekijöitä ovat selittävät tekijät, kuten opinnäytetyössämme sairaanhoitajien taustatiedot. Riippuvaisia tekijöitä ovat taas tekijät, jotka ovat selitettäviä. Opinnäytetyön toteutuksessa tulee miettiä, mitkä taustatiedot ovat tutkimuksen kannalta tarpeellisia, esimerkiksi iän ja sukupuolen ei tulisi vaikuttaa tutkittavaan tulokseen. Tutkimuksen muuttujat voivat olla väliin tulevia eli asioilla ei ole suoraista yhteyttä, vaan väliin tulee muuttuja.

6.2 Kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyössämme käytetään primaariaineistoa eli välitöntä tietoa tutkimuskohteesta, jota on kerätty kyseistä opinnäytetyötä varten (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113). Opinnäytetyömme aineisto hankittiin työajanseurantalomakkeella, jonka sairaanhoitajat eri työyksiköissä täyttivät. Työajanseurantalomake suunniteltiin selkeäksi ja helposti täytettäväksi. Vilkkan (2007, 28) mukaan kyselylomaketta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon monia tekijöitä. Lomakkeiden antamisen ajoitus on yksi tärkeä tekijä, ettei vastausprosentti jää alhaiseksi. Kyselyn ajankohdassa tulee ottaa huomioon henkilökunnan vuosilomat, etteivät ne osu päällekkäin, sillä se vaikuttaa vastausprosentteihin.

Kyselylomakkeen tulee sisällöltään mitata tutkimusilmiötä laajasti ja täsmällisesti. Kyselylomakkeen tulee mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Sen perustana on oltava luotettava ja monipuolinen kirjallisuus. Kyselylomakkeessa on teoreettiseen tietoon perustuvat käsitteet, jotka ovat tarkoin määritellyt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114 - 116.) Opinnäytetyömme työajanseurantalomakkeessa käytettiin suljettuja kysymyksiä.

Vilkan (2007, 36) mukaan kyselylomakkeen operationalisointi on tärkeää. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista sellaiseen muotoon, että tutkittava ymmärtää asian arkikielellä. Operationalisoinnin avulla voidaan varmistaa, että tutkija ja tutkittavat ymmärtävät teoreettiset käsitteet samalla tavalla. Kyselylomakkeen tekemisessä tulee ottaa huomioon myös vastaajan mahdollisuus vastata kyselyyn, vastaajan mielenkiinto, vastaus- ja palauteohjeet sekä saatekirje (LIITE 2) (LIITE 3) (Vilka 2007, 64).

Työajanseurantalomakkeen lisäksi opinnäytetyöhömmme osallistuville sairaanhoitajille annetussa saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksesta riittävän laajasti. Saatekirjeessä tulee kertoa tutkimuksen tavoite selkeästi ja ymmärrettävästi. Saatekirjeessä kerrotaan myös lomakkeen täyttämisen ohjeet sekä kiitetään vastaamisesta ja tutkimukseen osallistumisesta. Saatekirje tulee olla asiatyylillä esitetty, sillä saatekirje on tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä ensivaikutelma tutkimuksesta. Saatekirje vaikuttaa siihen, päättääkö tutkittava osallistua tutkimukseen vai ei. Hyvä saatekirje motivoi tutkittavia vastaamaan kyselylomakkeeseen. (Vilka 2007, 65.)

Opinnäytetyössämme käytettiin kyselylomakkeena työajanseurantalomaketta. Työajanseurantalomake muokattiin opinnäytetyöhömmme sopivaksi Sainion (2010) pro gradu -tutkielmassa käytettyä työajanseurantalomaketta lähteenä käyttäen. Opinnäytetyössämme käytetty työajanseurantalomake ei ole Sainion käyttämä lomake. Sainio on käyttänyt omassa tutkielman työajanseurantalomakkeessa viitteitä Partasen (2002) väitöskirjassa käytetystä työajanseurantalomakkeesta. Sainio ja Partanen eivät tutkimuksissaan mainitse, ettei heidän lomakkeitaan saisi hyödyntää myöhemmissä tutkimuksissa. Sainion ja Partasen käyttämät lomakkeet eivät ole patentoituja, joten lomakkeita käytettiin lähteenä opinnäytetyömme työajanseurantalomakkeessa.

Opinnäytetyössämme käytetyssä työajanseurantalomakkeessa hoitotyön toiminta on jaoteltu neljään pääluokkaan: välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, osastokohtainen työ ja henkilökohtainen aika. Välitön hoitotyö on jaoteltu kuuteen eri osa-alueeseen, jotka ovat perushoito, ohjaus ja neuvonta, hoitotyön toimenpiteet, lääkehoito, lääkärin avustaminen eri toiminnoissa ja puhelimen välityksellä tehtävä hoitotyö. Välillinen hoitotyö on jaoteltu

viiteen eri osa-alueeseen, jotka ovat hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön suullinen raportointi, toimenpiteiden tai vastaanoton valmistelu, ammatillinen konsultaatio sekä ajanvaraus ja potilaan asioiden selvittely. Lisäksi työajanseurantalomakkeessa on sarake osastokohtaiselle työlle, johon sisältyy välineiden kunnossapito ja huolto, varastojen täydennys ja tavaroiden tilaus, toimistotyöt ja kokoukset. Työajanseurantalomakkeen lopuksi on sarake henkilökohtaiselle ajalle. Työajanseurantalomakkeen täyttämistä helpottamaan laadittiin kohderyhmään kuuluville sairaanhoitajille ohjeet, mitä eri hoitotyön toiminnot pitävät sisällään.

Sairaanhoitajat täyttivät työajanseurantalomaketta välittömästi töiden yhteydessä. Työajanseurantalomakkeessa rasti kuvaa kymmentä minuuttia, jolloin sen täyttäminen vastaajalle on nopeampaa. On suositeltua, ettei kyselylomakkeen vastaamiseen kuuluisi enempää kuin 15 minuuttia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114 - 116). Työajanseurantalomakkeessa on myös kohta opinnäytetyöhön osallistujien kommenteille ja palautteelle.

Kyselylomaketta tulee testata ennen tutkimusta, jotta tutkimuksesta saadaan mahdollisimman luotettavaa ja laadukasta tietoa. Kyselylomakkeen testaamisella tarkoitetaan kyselylomakkeen testaamisesta luotettavilla testaaajilla. Testaamisella arvioidaan mittareiden toimivuutta, vastausohjeiden selkeyttä, kysymysten kykyä mitata haluttua asiaa, vastaamiseen kuluvaa aikaa ja yleisesti lomakkeen täsmällisyyttä, selkeyttä ja toimivuutta. (Vilkka, 2007, 78.)

Työajanseurantalomakkeen esitestaus suoritettiin marraskuun 2017 alussa Hyrynsalmen terveyskeskuksen vastaanoton sairaanhoitajilla. Esitestaukseen pyydettiin lupa opinnäytetyömme toimeksiantajalta ja kyseisen työyksikön esimieheltä. Molemmat suostuivat esitestaukseen Hyrynsalmen terveyskeskuksen vastaanoton sairaanhoitajilla.

Sairaanhoitajat kokeilivat työajanseurantalomakkeen toimivuutta työssään työpäivän aikana. He myös antoivat palautettua, onko työajanseurantalomake selkeä ja ymmärrettävä. Sairaanhoitajilta haluttiin palautetta etenkin työajanseurantalomakkeen ohjeista. Testauksen yhteydessä sairaanhoitajilta tuli palautetta, että työajanseurantalomaketta on helpoin täyttää jatkuvasti töiden aikana, jolloin ei unohdu, mitä on jo ehtinyt tehdä ja kuinka kauan. Kun työajanseurantalomaketta täytti välittömästi töiden yhteydessä, siihen myös meni vähemmän aikaa kuin siihen, että muisteli muutaman tunnin kuluttua, mitä on jo tehnyt. Tämän palautteen seurauksena työajanseurantalomakkeen ohjeita muutettiin

niin, että lomaketta täytetään välittömästi. Ohjeet olivat esitestaukseen osallistuvien sairaanhoitajien mielestä ymmärrettävät ja selkeät. Joitakin kielipillisiä muutoksia tehtiin ohjeisiin vielä esitestauksen jälkeen.

6.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyömme kohderyhmä muodostui Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikan, sisätautien poliklinikan, syöpätautien poliklinikan ja vatsatautien poliklinikan sairaanhoitajista sekä Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman sairaanhoitajista. Kohderyhmään kuului yhteensä 48 sairaanhoitajaa. Ennen työajanseurannan toteutusta tutkimukseen osallistuvien yksiköiden esimiehiin oltiin yhteydessä puhelimitse ja sähköpostilla. Heille kerrottiin tulevasta tutkimuksesta, tiedusteltiin mielipiteitä tutkimusajankohdasta ja kartoitettiin kohdejoukon suuruutta. Jokaiselle tutkimukseen osallistuvan työyksikön esimiehelle lähetettiin opinnäytetyön tutkimussuunnitelma ja työajanseurantalomake.

Opinnäytetyö ja työajanseurantalomake käytiin esittelemässä tutkimukseen osallistuvilla poliklinikoilla ja Kajaanin pääterveysasemalla viikolla 46. Tapaamiset kestivät noin puoli tuntia ja niihin osallistuivat yksiköiden esimiehet ja sairaanhoitajat. Opinnäytetyö esiteltiin suullisesti ja yksiköihin jaettiin esite, joka sisälsi opinnäytetyön tutkimusongelmat ja tiivistelmän opinnäytetyön tarkoituksesta. Työajanseurantalomake käytiin läpi yhdessä tutkimukseen osallistuvien kanssa.

Opinnäytetyön esittelyissä tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat saivat antaa vielä kommentteja ja kysymyksiä työajanseurantalomakkeen käytöstä ja sisällöstä. Tapaamisten jälkeen tehtiin vielä joitakin muutoksia ja tarkennuksia, jotta työajanseurantalomakkeen täyttö olisi mahdollisimman nopeaa ja yksinkertaista. Tavoitteena oli myös mahdollisten epäselvyyksien karsiminen, jotta tutkimukseen saataisiin mahdollisimman monta täytettyä työajanseurantalomaketta.

Aineiston keruu toteutettiin viikolla 48 kirurgian poliklinikalla, sisätautien poliklinikalla, syöpätautien poliklinikalla, vatsatautien poliklinikalla, Kajaanin pääterveysasemalla ja Lehtikankaan terveysasemalla. Viikko 48 valikoitui tutkimusviikoksi, sillä silloin sairaanhoitajilla ei ollut ylimääräisiä vapaapäiviä, lomia ja työnkuva ei poikennut tavallisesta. Viikoksi valittiin mahdollisimman tavallinen työviikko.

6.4 Aineiston analysointi

Aineiston käsittelyn ensimmäinen vaihe on kyselylomakkeiden numerointi juoksevilla numeroinnilla. Vilkan (2007, 59 - 60, 105 - 108) teoksen mukaan taulukkoa, johon vastausten tiedot on kerätty, kutsutaan havaintomatriisiksi. Tallennuksen aikana tapahtuvia virheitä voidaan välttää tallentamalla aineisto kahdesti. Ennen vastausten syöttämistä tilasto-ohjelmaan vastaukset käydään läpi ja niiden laatu tarkastetaan. Puutteellisia lomakkeita ei käytetä. Tarkistuksen aikana arvioidaan aineiston kato eli puuttuvien tietojen määrää tutkimuksessa. Puuttuvien tietojen määrän laatu arvioidaan eli tehdään katoanalyysi, jossa arvioidaan opinnäytetyön otoksen edustavuutta. Kun aineisto on kerätty taulukon muotoon, tulee tutkijan tarkastaa, vastaavatko muuttujien nimet ja arvot kyselylomakkeessa olevia asioita. Jokaisen havaintoyksikön eli lomakkeen tietojen tulee olla huolellisesti kerätty havaintomatriisiin, sillä virheet tietojen tallentamisvaiheessa aiheuttavat mittausvirheitä.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 129, 130) kertovat analyysimenetelmän valinnan tapahtuvan tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelman mukaisesti. Valittu mitta-asteikko vaikuttaa myös analyysimenetelmän valintaan. Opinnäytetyömme oli selvittävä tutkimus, jossa ei oltu asetettu hypoteeseja ja mitta-asteikkona käytettiin suhdelukuasteikkoa. Tärkeintä on miettiä analyysimenetelmää valitessa, tutkitaanko yhtä muuttujaa, muuttujien välisiä riippuvuuksia vai muuttujien välisiä vaikutuksia (Vilkka 2007, 119).

Sijaintiluvut kuvaavat, mihin suurin osa muuttujien havainnoista asettuu mittaustasolla tai suuruusluokassa (Vilkka 2007, 121). Moodi on tyyppiluku, josta on eniten havaintoja eli se kertoo arvon, jonka esiintymiskertojen lukumäärä aineistossa on tyypillisin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 134). Moodiin ei vaikuta äärimmäiset havainnot. Mediaani on keskiluku, joka kuvaa keskimmäistä havaintoa, kun havainnot laitetaan suuruusjärjestykseen. Mediaanin avulla saadaan tietoa, miten havainnot ovat keskittyneet suhteessa keskimmäiseen havaintoon. (Vilkka 2007, 122.) Parillisesta aineiston määrästä ei voi laskea mediaania (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 134). Aritmeettinen keskiarvo on myös keskiluku, joka kertoo tietoa havaintomäärien keskimääräisestä suuruudesta. Koska aritmeettinen keskiarvo on herkkä poikkeaville arvoille, on hyvä analysoinnissa laskea myös muita keskiarvoja antavia lukuja. Aineistosta analysoidaan myös pienin sekä suurin arvo ja vaihteluvälin pituus. Vaihteluvälin pituus kertoo suurimman sekä pienimmän arvon erotuksen. Opinnäytetyön tulokset esitetään tutkijasta riippumattomasti selkeällä tavalla numeerisesti sekä sanallisesti. (Vilkka 2007, 122 - 124, 135.)

Havaintomatriisi ei riitä tutkimustulosten esittämiseen. Havaintomatriisista saadaan tiedot eri havaintoyksiköistä, joten sitä pidetään tutkimusaineiston analysoinnin apuvälineenä. Havaintomatriisista lasketaan tutkimuksen tulokset. Määrällisessä tutkimuksessa tyypillisesti tulokset esitetään kuvioden, taulukoiden ja tunnuslukujen avulla. Määrällisessä tutkimuksessa tieto on helpoin esittää numeroiden muodossa, mutta numeeriset ja graafiset esitystavat eivät riitä yksistään kertomaan tutkimuksen tuloksia. Taulukot esittävät tutkimuksen numerollista tietoa tarkasti. (Vilkka 2007, 135 – 138.) Luettavuuden kannalta voi olla selkeämpää esittää tulokset kokonaislukuina kuin prosentteina (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 133).

Aloitimme aineiston käsittelyn lukemalla kaikki saamamme vastauspaperit läpi, jonka jälkeen numeroimme jokaisen kyselylomakkeen. Kävimme kyselylomakkeiden vastaukset läpi ennen niiden tallentamista tilasto-ohjelmaan. Tilasto-ohjelmana käytimme PSPP-ohjelmaa, joka on suunniteltu tilastoanalyysia varten. Laskimme kyselylomakkeista rastien määrät siten, että kyselylomakkeista vaakarivien rastit laskettiin yhteen, jolloin saimme tiedon, kuinka monta minuuttia viikossa sairaanhoitajalta on kulunut tilastoitavaan yksikköön. Saimme yhteensä 25 kyselylomaketta, joista kaksi piti jättää tutkimuksen ulkopuolelle puutteellisten tietojen vuoksi. Tämän jälkeen vastausten tiedot tallennettiin PSPP-ohjelmaan. Tiedot tallennettiin havaintomatriisiin siten, että vaakarivillä oli yhden vastaajan tiedot ja pystyrivillä oli yhtä muuttujaa koskevat tiedot kaikilta vastaajilta. Kun opinnäytetyömme tutkimusaineisto oli saatettu havaintomatriisiin, laski tilasto-ohjelma valmiiksi aineistosta moodin, mediaanin, aritmeettisen keskiarvon ja pienimmän sekä suurimman arvon eri muuttujista. Sen lisäksi laskimme vielä vaihteluvälin pituuden. Tulosten paremman vertailun vuoksi muutimme tulokset myös prosenteiksi. Tulosten havainnollistamiseksi opinnäytetyössämme käytimme tunnuslukutaulukkoa.

7 Tutkimustulokset

Opinnäytetyössämme selvitettiin, kuinka sairaanhoitajan työaika jakautuu välittömään ja välilliseen hoitotyöhön vastaanotto- ja poliklinisessa hoitotyössä yhden työviikon ja yhden työpäivän aikana. Tutkimukseen vastasi yhteensä (n=25) sairaanhoitajaa eli tutkimuksen vastausprosentti oli 52. Kaksi vastanneista kyselylomakkeista hylättiin. Hylätyissä lomakkeissa suurin osa tiedoista puuttui, eikä niitä oltu täytetty koko työviikon ajalta. Vastaukset pyöristettiin viiden minuutin tarkkuudelle.

Välittömään hoitotyöhön sairaanhoitajat käyttivät keskimäärin 3 tuntia ja 10 minuuttia päivässä (40 %) sekä 15 tuntia ja 45 minuuttia työviikossa (44 %). Välilliseen hoitotyöhön sairaanhoitajat käyttivät työaika keskimäärin 2 tuntia ja 40 minuuttia työpäivässä (33 %) ja 13 tuntia ja 40 minuuttia työviikossa (35 %). Osastokohtaiseen työhön sairaanhoitajat käyttivät työpäivässä aikaa keskimäärin 1 tunti ja 15 minuuttia (16 %) ja työviikossa 6 tuntia ja 20 minuuttia (16 %). Henkilökohtaiseen aikaan sairaanhoitajat käyttivät keskimäärin 2 tuntia ja 20 minuuttia työviikossa (7 %) ja 30 minuuttia työpäivässä (6 %).

Taulukko 1. Työajan jakautuminen työviikon ja työpäivän aikana (n=23)

	Mean (w)	Mean (d)
Välitön hoitotyö	44 % = 15h 45min	40 % = 3h 10min
Välillinen hoitotyö	35 % = 13h 40min	33 % = 2h 40min
Osastokohtainen työ	16 % = 6h 20min	16 % = 1h 15min
Henkilökohtainen aika	7 % = 2h 20min	6 % = 30min

7.1 Välittömän hoitotyön jakautuminen työviikon aikana

Sairaanhoitajista (n=2) kertoivat käyttäneensä työaika perushoitoon. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 25 minuuttia (1 %) työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli kymmenen minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=23) kertoivat käyttäneensä työaika ohjaukseen ja neuvontaan. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 6 tuntia ja 10 minuuttia (16 %) työviikon aikana. Puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt ohjaukseen ja neuvontaan aikaa enemmän kuin 6 tuntia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 12 tuntia ja 40 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=19) kertoivat käyttäneensä aikaa hoitotyön toimenpiteisiin. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 2 tuntia ja 20 minuuttia (6 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 10 minuuttia, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt hoitotyön toimenpiteisiin enemmän aikaa kuin 1 tunti ja 30 minuuttia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 10 tuntia ja 20 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=12) kertoivat käyttäneensä aikaa lääkehoitoon. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 50 minuuttia (2 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 10 minuuttia, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt lääkehoitoon aikaa enemmän kuin 1 tunti ja 30 minuuttia työviikossa. Vaihteluvälin pituus oli 10 tuntia ja 20 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=12) kertoivat käyttäneensä aikaa lääkärin avustamiseen. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 50 minuuttia (2 %) työviikon aikana, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt lääkärin avustamiseen aikaa vähemmän kuin 45 minuuttia. Vaihteluvälin pituus oli 2 tuntia ja 20 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=22) kertoivat käyttäneensä aikaa puhelimen välityksellä tapahtuvaan hoitotyöhön. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 5 tuntia ja 5 minuuttia (13 %) työviikon aikana. Puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt puhelimen välityksellä tapahtuvaan hoitotyöhön aikaa vähemmän kuin 4 tuntia ja 15 minuuttia. Vaihteluvälin pituus oli 13 tuntia ja 20 minuuttia.

Taulukko 2. Välittömän hoitotyön jakautuminen työviikon aikana

	n=23	Mean	Mode	Median	Range
Perushoito	2	1 %=25min	-	-	10min
Ohjaus ja neuvonta	23	16 %=6h 10min	-	6h	12h 40min
Hoitotyön toimenpiteet	19	6 %=2h 20min	10min	1h 30min	10h 20min
Lääkehoito	12	2 %=50min	-	20min	10h 20min
Lääkärin avustaminen	12	2 %=50min	10min	45min	2h 20min
Puhelimen välityksellä tapahtuva hoitotyö	22	13 %=5h 5min	-	4h 15min	13h 20min

7.2 Välillisen hoitotyön jakautuminen työviikon aikana

Sairaanhoitajista (n=22) kertoivat käyttäneensä aikaa hoitotyön kirjaamiseen. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 5 tuntia ja 5 minuuttia (13 %) työviikon aikana, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt hoitotyön kirjaamiseen vähemmän aikaa kuin 4 tuntia ja 40 minuuttia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 10 tuntia ja 40 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=7) kertoivat käyttäneensä aikaa hoitotyön suulliseen raportointiin. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 20 minuuttia (0,9 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 10 minuuttia ja puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt suulliseen raportointiin aikaa vähemmän kuin 10 minuuttia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 20 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=18) kertoivat käyttäneensä aikaa toimenpiteiden ja vastaanoton valmisteluun. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 1 tunti 50 minuuttia (5 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 30 minuuttia, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt toimenpiteiden ja vastaanoton valmisteluun enemmän aikaa kuin 1 tuntia ja 25 minuuttia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 7 tuntia ja 20 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=20) kertoivat käyttäneensä aikaa ammatilliseen konsultaatioon. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 55 minuuttia (2 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 20 minuuttia, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt ammatilliseen konsultaatioon enemmän aikaa kuin 30 minuuttia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus 2 tuntia ja 50 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=21) kertoivat käyttäneensä aikaa ajanvaraukseen ja potilaiden asioiden selvittelyyn. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 5 tuntia ja 30 minuuttia (15 %) työviikon aikana. Puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt ajanvarauksiin ja potilaiden asioiden selvittelyyn enemmän aikaa kuin 3 tuntia ja 40 minuuttia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 13 tuntia 30 minuuttia.

Taulukko 3. Välillisen hoitotyön jakautuminen työviikon aikana

	n=23	Mean	Mode	Median	Range
Hoitotyön kirjaaminen	22	13 %=5h 5min	-	4h 40min	10h 40min
Hoitotyön suullinen raportointi	7	0,9 %=20min	10min	10min	20min
Toimenpiteiden ja vastaanoton valmistelu	18	5 %=1h 50min	30min	1h 25min	7h 20min
Ammatillinen konsultaatio	20	2 %=55min	20min	30min	2h 50min
Ajanvaraus ja potilaiden asioiden selvittely	21	14 %=5h 30min	-	3h 40min	13h 30min

7.3 Osastokohtaisen työn jakautuminen työviikon aikana

Sairaanhoitajista (n=13) kertoivat käyttäneensä aikaa välineiden kunnossapitoon ja huoltoon sekä varastojen täydennykseen ja tavaroiden tilaukseen. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 40 minuuttia (2 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 20 minuuttia ja puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt välineiden kunnossapitoon ja huoltoon sekä varastojen täydennykseen ja tavaroiden tilaukseen enemmän aikaa kuin 20 minuuttia työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 1 tunti ja 30 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=17) kertoivat käyttäneensä aikaa toimistotyöhön. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 2 tuntia ja 10 minuuttia (6 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 10 minuuttia, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt siihen aikaa enemmän kuin 1 tunti työviikossa. Vaihteluvälin pituus oli 9 tuntia ja 50 minuuttia.

Sairaanhoitajista (n=19) kertoivat käyttäneensä aikaa kokouksiin ja erilaisiin koulutuksiin. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 3 tuntia ja 35 minuuttia (9 %) työviikon aikana. Tyypillisesti siihen käytettiin aikaa 10 minuuttia, mutta puolet näistä sairaanhoitajista oli käyttänyt siihen aikaa enemmän kuin 1 tunti työviikon aikana. Vaihteluvälin pituus oli 21 tuntia ja 20 minuuttia.

Taulukko 1. Osastokohtaisen työn jakautuminen työviikon aikana.

	n=23	Mean	Mode	Median	Range
Välineiden kunnossapito ja huolto sekä varastojen täydennys ja tavaroiden tilaus	13	2 %=40min	20min	20min	1h 30min
Toimistotyöt	17	6 %=2h 10min	10min	1h	9h 50min
Kokoukset ja erilaiset koulutukset	19	9 %=3h 35min	10min	1h	21h 20min

7.4 Henkilökohtainen aika työviikon aikana

Sairaanhoitajista (n=22) käyttivät aikaa taukoihin ja henkilökohtaisiin asioihin. Keskimäärin he käyttivät siihen aikaa 2 tuntia ja 20 minuuttia (7 %) työviikon aikana. Tyypillisesti aikaa käytettiin 2 tuntia ja 30 minuuttia ja vaihteluvälin pituus oli 3 tuntia ja 10 minuuttia työviikon aikana.

Taulukko 5. Henkilökohtainen aika työviikon aikana

	n=23	Mean	Mode	Median	Range
Tauot, henkilökohtaiset asiat	22	7 %=2h 20min	2h 30min	2h 30min	3h 10min

8 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, kuinka kauan aikaa Kainuun keskussairaalan kirurgian, sisätautien, syöpätautien ja vatsatautien poliklinikoilla ja Kajaanin pääterveysaseman sekä Lehtikankaan terveysaseman vastaanotoilla työskenteleviltä sairaanhoitajilta meni välilliseen ja välittömään hoitotyöhön. Aineisto kerättiin näistä työyksiköistä sairaanhoitajilta työajanseurantalomakkeen avulla. Opinnäytetyömme tavoitteena on kyselyn avulla tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää vastaanotto- sekä polikliinisen hoitotyön edistämisessä. Tarkastelemme kyselyn tuloksia välittömän ja välillisen hoitotyön osalta yhden työviikon sekä työpäivän ajalta. Sen lisäksi tarkastelemme osastokohtaiseen työhön sekä henkilökohtaiseen aikaan käytettyä aikaa.

8.1 Välittömän ja välillisen hoitotyön työajan jakautuminen työviikon aikana

Opinnäytetyössämme tarkasteltiin työajan jakautumista prosentteina sekä tunneittain sairaanhoitajan työviikon ja työpäivän aikana. Sairaanhoitajat käyttävät vastaanotto- ja polikliinisessa hoitotyössä välittömään hoitotyöhön opinnäytetyön tulosten mukaan työviikon aikana 2 tuntia ja 5 minuuttia enemmän aikaa välittömään kuin välilliseen hoitotyöhön. Välittömään hoitotyöhön käytettiin 44 % työajasta työviikon aikana ja välilliseen hoitotyöhön käytettiin 35 % työajasta työviikon aikana.

Partasen (2002) väitöskirjan tutkimuksesta hoitotyön henkilöstön mitoittamisesta erikoissairaanhoidon eri osastoilla saadut tulokset ovat saman suuntaiset kuin opinnäytetyössämme saadut tulokset. Välittömään hoitotyöhön on käytetty enemmän aikaa kuin välilliseen hoitotyöhön. Partasen tekemän tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että välittömään hoitotyöhön käytettiin keskimäärin 41 % työajasta ja välilliseen hoitotyöhön 35 % työajasta.

Myös Elovaaran ja Kekin (1995) tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajien työajan käytöstä avosairaanhoidon vastaanotossa saadut tulokset ovat saman suuntaiset opinnäytetyömme tulosten kanssa. Välittömään hoitotyöhön oli käytetty 40 - 60 % työajasta terveyskeskuksesta riippuen. Hakoman (2008) tutkimuksessa kuvaillaan hoitohenkilöstön työajankäyttöä perusterveydenhuollon kuntoutus- ja arviointiosastoilla. Tutkimuksen mukaan välittömään hoitotyöhön käytettiin 59 % työajasta ja välilliseen 21 % työajasta.

Vertailemme opinnäytetyömme tuloksia pääosin Sainion (2010) pro gradu -tutkielman tuloksiin, sillä hänen tulokset ovat parhaiten vertailukelpoisia yhtäläisen hoitotyön toimintojen jaon suhteen. Sainion tutkielma on toteutettu terveyskeskuksen poliklinikalla ja aineiston keruu on tapahtunut seurantalomakkeen avulla työvuoroittain yhden viikon aikana. Sainion pro gradu -tutkielmassa sairaanhoitajan välittömän hoitotyön osuus kokonaistyöajasta oli 43,3 % ja välillisen hoitotyön osuus oli 23,2 %.

Sairaanhoitajat käyttivät välittömässä hoitotyössä keskimäärin eniten aikaa ohjaukseen ja neuvontaan. Työviikon aikana sairaanhoitajat käyttivät 16 % työajasta ohjaukseen ja neuvontaan. Siihen käytetty aika kuitenkin vaihteli vastaajien kesken 1 tunnista ja 20 minuutista jopa 14 tuntiin työviikon aikana, joka selittää tulosten eroavaisuutta Sainion (2010) tutkimuksen kanssa. Sainion pro gradu -tutkielman tulosten mukaan sairaanhoitajilta oli mennyt 6,1 % työajasta ohjaukseen ja neuvontaan. Opinnäytetyössämme suurin osa sairaanhoitajista oli käyttänyt ohjaukseen ja neuvontaan eniten aikaa työviikon aikana ja se oli keskeisimpiä työtehtäviä vastaanotto- sekä poliklinisessa hoitotyössä. Jokainen kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista oli myös tehnyt ohjausta ja neuvontaa työviikon aikana.

Toiseksi eniten aikaa välittömässä hoitotyössä sairaanhoitajat käyttivät puhelimen välityksellä tapahtuvaan hoitotyöhön. Tehokas puhelinneuvonta kuuluu osaksi hoidon tarpeen arviointia ja lisää asiakkaiden hoitoon pääsyä (Sainio 2010, 50). Työviikon aikana 13 % työajasta käytettiin siihen. Puhelimen välityksellä tapahtuvaa hoitotyötä oli tehnyt 22 sairaanhoitajaa 23:sta kyselyyn vastanneesta sairaanhoitajasta. Sitä tehtiin myös jokaisessa opinnäytetyöhömme osallistuneessa työyksikössä. Puhelimen välityksellä tehtävän hoitotyön määrä vaihteli laajasti vastaajien kesken, sillä siihen oli käytetty työviikon aikana aikaa vain 20 minuutista jopa 13 tuntiin ja 40 minuuttiin. Opinnäytetyömme tulokset puhelimen välityksellä tapahtuvasta hoitotyöstä ovat saman suuntaiset Sainion tulosten kanssa. Sainion (2010) tekemän tutkielman tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajilta oli mennyt 17 % työajasta puhelimen välityksellä tapahtuvaan hoitotyöhön. Hänen tutkielmassaan on huomattu puhelimen välityksellä tapahtuvan hoitotyön määrän kasvu, sillä hänen tutkielmassa välittömässä hoitotyössä on mennyt eniten aikaa juuri puhelimen välityksellä tapahtuvaan hoitotyöhön.

Hoitotyön toimenpiteisiin käyttivät suurin osa sairaanhoitajista työviikon aikana aikaa. Käytetty aika oli tyypillisesti vähäinen, mutta se vaihteli laajasti 10 minuutista jopa 10 tuntiin ja 30 minuuttiin työviikon aikana. Keskimäärin hoitotyön toimenpiteisiin käytettiin 6 % aikaa työviikon aikana. Sainion tulokset ovat saman suuntaiset, sillä hänen mukaan sairaanhoitajilla oli mennyt 5 % aikaa hoitotyön toimenpiteisiin työviikon aikana (Sainio 2010).

Lääkehoitoa sekä lääkärin avustamista tehdään vastaanotto- sekä poliklinisessa hoitotyössä vaihtelevia määriä. Lääkehoitoon käytti vähän yli puolet sairaanhoitajista aikaa työviikon aikana. Suurin osa käytti siihen aikaa vain noin 10 – 20 minuuttia, mutta siihen oli käytetty myös 3 tuntia aikaa työviikon aikana. Keskimäärin lääkehoitoon käytettiin 2 % aikaa työviikossa. Sainion tulosten mukaan lääkehoitoon sairaanhoitajat olivat käyttäneet 2,4 % aikaa työviikossa (Sainio 2010). Lääkärin avustamiseen käytettiin keskimäärin saman verran aikaa kuin lääkehoitoon. Lääkärin avustamista oli tehnyt myös vähän yli puolet sairaanhoitajista sekä suurin osa oli käyttänyt siihen aikaa vain 10 minuuttia, mutta siihen oli myös käytetty aikaa jopa 2 tuntia ja 30 minuuttia työviikon aikana.

Vastaanotto- sekä poliklinisessa hoitotyössä perushoittoon ei käytetä paljon työaikaa työviikon aikana. Opinnäytetyön kohderyhmä muodostui työyksiköistä, joissa perushoittoa ei ollut samalla tavalla kuin osastotyössä. Välittömässä hoitotyössä siihen käytettiin vähiten aikaa ja kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista vain kaksi oli käyttänyt siihen aikaa työviikon aikana. Keskimäärin perushoittoon käytettiin työviikossa aikaa 1 %. Sainion (2010) tutkielman tulokset ovat melkein samat kuin opinnäytetyömme tulokset perushoidon osalta, sillä hänen tulosten mukaan sairaanhoitajilta oli mennyt 0,9 % perushoittoon aikaa työviikossa. Hakoman (2008) pro gradu -tutkielmassa perusterveydenhuollon kuntoutus- ja arviointiosastolla välittömästä hoitotyöstä on jopa 40 % käytetty pelkästään potilaan hygieniasta ja erityksestä huolehtimiseen. Tästä voidaan päätellä, että perushoidolla ei ole ajallisesti isoa osuutta vastaanotto- ja poliklinisessa hoitotyössä.

Välillisessä hoitotyössä sairaanhoitajat käyttivät viikossa keskimäärin eniten aikaa ajanvarauksiin ja potilaan asioiden selvittelyyn. Vain kahdella kyselyyn vastanneella sairaanhoitajalla ei mennyt lainkaan aikaa siihen työviikon aikana. Keskimääriin siihen käytettiin aikaa 14 % työviikossa. Sainion (2010) tutkielmasta saaduista tuloksista ilmenee, että sairaanhoitajat olivat käyttäneet ajanvaraamiseen 2 % työajasta ja asioiden selvittelyyn 3,3 % työajasta työviikon aikana.

Opinnäytetyöhömmme osallistuneet työyksiköt ovat erilaisia kuin Sainion (2010) tutkielmaan osallistuneet työyksiköt, mikä voi selittää tulosten erilaisuutta. On mahdollista, että Sainion tutkielmaan osallistuneet sairaanhoitajat ovat tehneet ajanvaraukset samalla, kun ovat toteuttaneet välitöntä, puhelimen välityksellä tapahtuvaa hoitotyötä potilaan kanssa. Tämän seurauksena ajanvaraamista ei ole sisällytetty erikseen välilliseen hoitotyöhön. Opinnäytetyömme tulosten mukaan ajanvarauksiin ja potilaiden asioiden selvittelyyn käytetty aika kuitenkin vaihteli laajasti sairaanhoitajilla 20 minuutista jopa 13 tuntiin ja 50 minuuttiin, joka voi osin selittää tulosten erilaisuutta.

Myös Kantelisen pro gradu -tutkielman mukaan poliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien työajasta suuri osa kuluu potilaan vastaanottoaikoja varatessa. Hänen tutkielmassa kuvataan sairaanhoitajan työn sisältöä sisätautien ja kirurgian poliklinikalla yliopistollisessa sairaalassa. Uusintakäyntien varaaminen, muutosten tekeminen jo varattuihin aikoihin sekä aikojen varaaminen potilaille, jotka tulevat ensikäynnille, vievät kaikki paljon aikaa. Kantelisen tutkielman mukaan sairaanhoitajat arvioivat käyttävänsä edellä mainittuihin tehtäviin eniten 39 % työaikaa kokonaistyöajasta. (Kantelinen 2008.)

Toiseksi eniten aikaa välillisessä hoitotyössä sairaanhoitajat käyttivät hoitotyön kirjaamiseen. 22 sairaanhoitajaa 23:sta oli toteuttanut hoitotyön kirjaamista työviikon aikana. Hoitotyön kirjaamiseen käytettiin aikaa 1 tunnista jopa 11 tuntiin ja 40 minuuttiin työviikon aikana. Keskimäärin hoitotyön kirjaamiseen käytettiin 13 % aikaa työviikosta. Kirjaamiseen on Sainion (2010) tuloksissa mennyt vähemmän aikaa kuin opinnäytetyömme tuloksissa. Sainion tulosten mukaan sairaanhoitajat olivat käyttäneet 4,8 % hoitotyön kirjaamiseen. Hoitotyön kirjaaminen on keskeisessä osassa sairaanhoitajan työnkuvaa vastaanotto- sekä polikliinisessä hoitotyössä. Yksi vastanneista sairaanhoitajista on mahdollisesti voinut unohtaa merkitä hoitotyön kirjaamisen tai on merkinnyt sen eri toiminnon kohdalle. Opinnäytetyömme tulosten perusteella on epätodennäköistä, ettei hoitotyön kirjaamista tapahtuisi ollenkaan työviikon aikana.

Toimenpiteiden ja vastaanoton valmistelu sekä ammatillinen konsultaatio kuuluvat myös olennaiseksi osaksi sairaanhoitajan työnkuvaa vastaanotto- sekä polikliinisessä hoitotyössä. Toimenpiteiden ja vastaanoton valmisteluun oli käyttänyt aikaa yli puolet kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista. Keskimäärin sairaanhoitajat käyttivät siihen 5 % aikaa työviikosta. Sainion tuloksissa sairaanhoitajat olivat käyttäneet 1,4 % aikaa toimenpiteiden valmisteluun (Sainio 2010). Eroavaisuutta voi selittää, että opinnäytetyömme tuloksissa siihen käytetty aika vaihteli 10 minuutista jopa 7 tuntiin ja 30 minuuttiin työviikon aikana.

Ammatilliseen konsultaatioon oli vastanneista sairaanhoitajista melkein jokainen käyttänyt aikaa. Yleisimmin siihen käytetty aika oli pieni noin 20 minuuttia työviikon aikana, mutta siihen oli käytetty myös 3 tuntia aikaa. Keskimäärin ammatilliseen konsultaatioon käytettiin aikaa 2 % työviikosta. Sainio tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat olivat käyttäneet ammatilliseen konsultaatioon 4,7 % (Sainio 2010).

Välillisessä hoitotyössä keskimäärin vähiten aikaa olivat sairaanhoitajat käyttänyt hoitotyön suulliseen raportointiin. Vain noin kolmas osa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista oli käyttänyt siihen aikaa. Suulliseen raportointiin keskimäärin käytettiin aikaa 0,9 % työ-

viikossa. Vaihtelu oli myös vähäistä 10 minuutista 30 minuuttiin. Sainion saamissa tuloksissa suulliseen raportointiin sairaanhoitajat ovat käyttäneet aikaa 1,3 % työviikossa (Sainio 2010). Suulliseen raportointiin käytetty aika on melkein sama opinnäytetyön tuloksissa kuin myös Sainion saamissa tuloksissa. Tämä kertoo, että vastaanotto- sekä polikliniikassa hoitotyössä suulliseen raportointiin ei käytetä paljoa aikaa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että vastaanotoilla ja poliklinikoilla sairaanhoitajan työajasta suurin osa käytetään välittömään ja välilliseen hoitotyöhön. Yhteisenä tekijänä huomataan, että ohjausta ja neuvontaa sekä hoitotyön kirjaamista tapahtui jokaisessa opinnäytetyön kyselyyn osallistuneessa työyksikössä. Potilaan ohjaus ja neuvonta sekä ajanvaraaminen ovat vastaanotolla sekä poliklinikalla eniten aikaa vieviä toimintoja kasvokkain sekä puhelimesta.

Yhtäläisyyksiä eri työyksiköiden välillä on myös suullisen raportoinnin määrässä. Suulliseen raportointiin tyypillisimmin käytetty aika työviikkoa kohden oli kymmenen minuuttia. Lääkehoitoon, lääkärin avustamiseen, hoitotyön toimenpiteisiin ja toimenpiteiden ja vastaanoton valmisteluihin käytetty aika vaihteli eri työyksiköissä, mikä kertoo työyksiköiden välisistä eroista. Myös työyksiköiden sisällä oli vaihtelua edellä mainittuihin toimintoihin käytetyn ajan suhteen.

8.2 Välittömän ja välillisen hoitotyön työajan jakautuminen työpäivän aikana

Vastaanotoilla ja poliklinikoilla työskentelevät sairaanhoitajat käyttivät aikaa yhden työpäivän aikana välittömään hoitotyöhön keskimäärin 30 minuuttia enemmän aikaa kuin välilliseen hoitotyöhön. Välittömään hoitotyöhön käytettiin 40 % työpäivän aikana ja välilliseen hoitotyöhön 33 % työpäivän aikana. Aikaisemmat tutkimukset välittömän ja välillisen hoitotyön jakautumisesta sairaanhoitajan työviikon aikana antavat samanlaisia tuloksia kuin opinnäytetyömme.

Opinnäytetyön kyselystä saatuihin vastauksiin vaikuttaa se, että sairaanhoitajat työskentelivät eri yksiköissä. Eri yksiköiden työtehtävät ovat erilaisia. Myös saman työyksikön sisällä sairaanhoitajien työpäivän sisältö voi vaihdella suuresti. Työpäivät ovat työviikon aikana keskenään erilaisia, eivätkä sisällä aina samoja työtehtäviä. Työajanseuranta tapahtui yhden työviikon aikana, jolloin kokonaiskuva työyksikön tehtävistä ei ehdi muodostua.

8.3 Osastokohtaiseen työhön sekä henkilökohtaiseen aikaan käytetty aika

Osastokohtaiseen työhön sairaanhoitajat käyttivät aikaa keskimäärin 16 % työviikosta. Sainion (2010) pro gradu -tutkielman mukaan osastokohtaiseen työhön käytettiin noin 15 % työajasta ja Partasen (2002) väitöskirjan mukaan 16 % työajasta. Hakoman (2008) pro gradu -tutkielmassa sairaanhoitajilta meni osastokohtaiseen työhön 16,7 % työajasta. Tästä voidaan päätellä, että osastokohtaisella työllä on osansa sairaanhoitajan työnku-
vassa.

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista vähän yli puolet käyttivät työpäivästä aikaa väli-
neiden kunnossapitoon ja huoltoon, varastojen täydennykseen ja tavaroiden tilaukseen. Tähän käytettiin aikaa työviikon aikana yleisimmin 20 minuutista 30 minuuttiin. Enimmil-
lään tähän käytettiin aikaa 1 tunti ja 40 minuuttia työviikon aikana. Keskimäärin välineiden
kunnossapitoon ja huoltoon, varastojen täydennykseen ja tavaroiden tilaukseen sairaan-
hoitajat käyttivät 2 % työajasta työviikon aikana. Sainion saamien tuloksien mukaan väli-
neiden kunnossapitoon sairaanhoitajilla oli mennyt työajasta 1,3 % ja varastojen täyden-
nykseen 2,1 % työajasta työviikon aikana (Sainio 2010).

Muuhun toimistotyöhön kuin kirjaamiseen käytti aikaa suurin osa kyselyyn vastanneista
sairaanhoitajista työviikon aikana. Toimistotyöhön käytetyssä ajassa oli suuria vaihteluita.
Siihen oli käytetty aikaa 10 minuutista jopa 10 tuntiin työviikon aikana. Keskimäärin toi-
mistotyöhön sairaanhoitajat käyttivät 6 % työajasta työviikossa. Sainion tulosten mukaan
sairaanhoitajat käyttivät toimistotyöhön 1,2 % työajasta (Sainio 2010). Toimistotyöhön on
opinnäytetyhömme osallistuneilla sairaanhoitajilla mennyt Sainion tutkielmaan osallistu-
neihin sairaanhoitajiin nähden yllättävän paljon työaika. Tämä voi selittyä opinnäyte-
työmme työajanseurantalomakkeeseen jätetystä palautteesta, jossa kerrottiin, että muun
muassa potilasohjeiden tulostaminen vie paljon työaika sairaanhoitajan työpäivästä.

Kokouksiin ja erilaisiin koulutuksiin oli käyttänyt työaika suurin osa kyselyyn vastanneista
sairaanhoitajista. Vastaajien kesken oli suuria vaihteluita niihin käytetyn ajan suhteen.
Keskimäärin sairaanhoitajat käyttivät 9 % aikaa työviikosta kokouksiin ja koulutuksiin. Sai-
nion tuloksissa kokoukset ja koulutuksen olivat vieneet sairaanhoitajien työajasta 6,6 %
(Sainio 2010). Myös Kantelisen (2008) tehdyssä pro gradu -tutkielmassa sairaanhoitajat
olivat käyttäneet aikaa koulutuksiin ja kehittämisen osa-alueisiin sisätautien poliklinikalla
keskimäärin 8 % työajasta ja kirurgian poliklinikalla 6 % työajasta.

Opinnäytetyössämme sairaanhoitajat ovat käyttäneet kokouksiin ja koulutuksiin enem-
män aikaa kuin Sainion tai Kantelisen tutkielmissa. Tämä selittyyneen sattumanvaraisilla

tekijöillä, sillä kokousten ja koulutusten määrä eri työyksiköissä ei ole työviikossa vakio. Käytetty aika vaihteli 10 minuutista 21 tuntiin ja 30 minuuttiin. Osa sairaanhoitajista oli käyttänyt koulutuksiin ja kokouksiin jopa kokonaisen työpäivän. Opinnäytetyömme tuloksista kuitenkin ilmenee, että kokoukset ja koulutukset ovat näkyvä osa sairaanhoitajan työtä.

Opinnäytetyön työajanseurantalomakkeisiin oli jätetty palautetta, jossa kysyttiin mihin kohtaan opiskelijaohjaus olisi pitänyt merkitä. Opiskelijan ohjaukseen käytettyä aikaa ei ollut omana toimintonaan työajanseurantalomakkeessa. Palautteista kävi myös ilmi, että eri toiminnot menivät päällekkäin, sillä esimerkiksi ohjausta ja neuvontaa potilaan kanssa tapahtuu usein myös lääkärin avustamisen yhteydessä. Vastaajien palautteen perusteella työajanseurantalomakkeessa on ollut erilaisia tulkintamahdollisuuksia.

Henkilökohtaiseen aikaan eli taukoihin ja omien asioiden selvittelyihin käytti työaikaa melkein jokainen sairaanhoitaja työviikon aikana. Tauot kuuluvat jokaisen työntekijän päivään. Yleisesti siihen käytettiin 2 tuntia ja 30 minuuttia työaikaa työviikossa. Vähiten käytetty aika oli vain 50 minuuttia työviikon aikana. Taukoihin oli käytetty aikaa jopa 4 tuntia työviikon aikana. Keskimäärin henkilökohtaiseen aikaan sairaanhoitajat käyttivät työviikossa 7 % työaikaa. Sainion tuloksissa henkilökohtaiseen aikaan sairaanhoitajilta oli mennyt 8,8 % työaikaa työviikossa (Sainio 2010). Hakoman (2008) pro gradu -tutkielmassa henkilökohtaiseen aikaan oli käytetty koko henkilöstössä aikaa keskimäärin 7 % työajasta, mutta sairaanhoitajat olivat käyttäneet siihen aikaa vain 5,5 % työajastaan.

8.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme avulla saatiin tietoa kahden terveysaseman vastaanoton ja neljän poliklinikan sairaanhoitajien työajan käytöstä. Opinnäytetyömme kyselyn perusteella kävi ilmi, että Kainuun keskussairaalan kirurgian, sisätautien, syöpätautien ja vastatautien poliklinikoilla sekä Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman vastaanotoilla työskenteleviltä sairaanhoitajilta menee enemmän aikaa välittömään kuin välilliseen hoitotyöhön. Opinnäytetyömme tuloksista saadaan myös viitteitä työajan jakautumisesta eri työtehtävien kesken sairaanhoitajan työviikon ja -päivän aikana. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina sairaanhoitajan hoitotyön työajan käytöstä.

Sairaanhoitajien käyttämä aika potilaan hoitoon liittyvissä eri välittömän ja välillisen hoitotyön toiminnoissa vaihteli suuresti eri työyksiköiden välillä. Opinnäytetyömme kohde-ryhmä muodostui perusterveydenhuollon terveysasemista ja erikoissairaanhoidon poliklinikoista, joissa sairaanhoitajan työnkuva on erilainen. Tämä näkyy eri työtehtäviin käytetyn ajan vaihteluina.

Opinnäytetyömme tulokset ovat työajan käytön suhteen yhteneviä Suomessa aikaisemmin tehtyihin työajanseurantatutkimuksiin. Osa tutkimuksista on keskittynyt erikoissairaanhoitoon ja osa perusterveydenhuoltoon. Partasen (2002) väitöskirjassa ja Hakoman (2008) pro gradu -tutkielmassa on ollut hyvin erilainen tutkimusympäristö kuin Sainion (2010) pro gradu -tutkielmassa. Tutkimusympäristöstä huolimatta heidän tutkimuksistaan saadut tulokset ovat saman suuntaiset. Tästä voidaan päätellä, että tutkimusympäristöllä ei ole merkittävää vaikutusta, kuinka välittömän ja välillisen hoitotyön määrä jakaantuu. Eri työtehtäviin käytetty aika kuitenkin vaihteli myös heidän tutkimuksissaan. Tutkielmien ja opinnäytetyömme tuloksista voidaan huomata ero etenkin perushoitoon käytettävästä työajan määrästä vastaanotto- ja poliklinisessa hoitotyössä verrattuna osastolla tapahtuvaan hoitotyöhön.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan välittömään hoitotyöhön käytetään aikaa jonkin verran enemmän kuin välilliseen hoitotyöhön. Osastokohtaiseen työhön käytetään myös osa työajasta. Vastaanotto- ja poliklinisessa hoitotyössä työn painopisteet ovat potilaan ohjauksessa ja neuvonnassa sekä ajanvaraamisessa. Ohjaus ja neuvonta tapahtuvat joko kasvokkain tai puhelimen välityksellä. Puhelimen välityksellä tapahtuva hoitotyö on keskeisessä roolissa työskenneltäessä vastaanotoilla ja poliklinikoilla. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää vastaanotto- ja poliklinisen hoitotyön edistämisessä. Sairaanhoitajien työnkuvaa voitaisiin muokata potilaskeskeisemmäksi, joka tarkoittaa, että osastokohtaisiin työtehtäviin menisi vähemmän aikaa. Osastokohtaiset työt eivät saisi viedä aikaa potilastyöstä.

Sairaanhoitajille saattaa helposti siirtyä tehtäviä, jotka eivät liity potilaiden välittömään hoitamiseen, vaan ovat myös toiselle ammattiryhmälle, esimerkiksi sihteereille kuuluvia töitä. Tärkeää olisi pitää sairaanhoitajien työnkuva sellaisena, että heidän tiedot ja taidot olisivat käytössä potilaiden hoidossa. Tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa vastaanotoilla ja poliklinikoilla työskentelevän henkilökunnan työtehtäviä, jolloin työtehtävät voidaan suunnata eri ammattiryhmille koulutuksen ja ammattitaidon mukaan.

Sairaanhoitajan työnkuva vastaanotto- ja poliklinisessa hoitotyössä on laajentunut viime vuosien kuluessa. Sairaanhoitajilla on nykyisin mahdollisuus hankkia lisäkoulutuksen

myötä rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Se mahdollistaa sairaanhoitajan itsenäisen työn lisääntyminen. Kun itsenäinen työskentely lisääntyy, erilaisten koulutusten merkitys kasvaa. (Sainio 2010, 51 - 52.)

Työajanseuranta antaa viitteitä siitä, mikä sairaanhoitajan työssä kuormittaa ja vie eniten aikaa. Tämän tiedon pohjalta resursseja voitaisiin suunnata kuormittaviin työtehtäviin. Vastaanotto- ja polikliinista hoitotyötä edistettäessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota aikaa vieviin työtehtäviin ja miettiä menetelmiä, joiden avulla työ saadaan sujuvammaksi. Sairaanhoitajien työajasta eniten aikaa vievät ohjaus ja neuvonta, joka tapahtuu joko kasvokkain tai puhelimen välityksellä, ja ajanvaraukset. (Sainio 2010, 51 - 52.)

Nykyaikaisen teknologian hyödyntäminen tulee jatkossa olemaan keskeisemmässä osassa vastaanotto- ja polikliinisessä hoitotyössä. Nykyisin hyödynnetään puhelimen välityksellä tapahtuvaa hoitotyötä, mutta tulevaisuudessa erilaiset keskustelukanavat internetissä ovat todennäköisesti yleisempiä. Puhelimen välityksellä tapahtuvasta hoitotyöstä osan voi hoitaa sähköisten asiointipalvelujen kautta, jolloin työn kuormittavuus puhelimen välityksellä tapahtuvasta hoitotyöstä helpottuu. Sähköisten asiointipalveluiden käyttö voi myös nopeuttaa asiakkaiden hoitoon pääsyä tai ainakin antaa lisäväylän hoitoon hakeutumiseen. Niukkenevien resurssien vuoksi sähköisten asiointipalvelujen käyttöä tulee lisätä ja vahvistaa tulevaisuudessa.

Opinnäytetyömme jatkotutkimusehdotuksina on tehdä samanlaisia hoitotyön työajanseurantatutkimuksia tarkemmilla ajanseurantamenetelmillä ja pidemmällä aikaväleillä. Hoitotyön työajan käytön työajanseurantaa voitaisiin toteuttaa monissa erilaisissa hoitotyön ympäristöissä. Näin saataisiin tarkempaa tietoa sairaanhoitajien työnkuvan kehittämiseen.

Jatkotutkimuksina vastaanotto- ja polikliinisessä hoitotyössä voitaisiin tutkia, miten toimintatapojen muuttaminen vaikuttaisi eri ammattiryhmien työnkuvaan. Lisäksi voitaisiin tutkia, millaisia muita vaikutuksia työtehtävien uudelleen suuntaamisella olisi. Vaikutuksia voitaisiin tutkia ainakin taloudellisesta ja työntekijöiden jaksamisen näkökulmasta.

9 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyön tekijän täytyy osata tarkastella omaa tekemistään ja opinnäytetyötään eri näkökulmista. Tähän kuuluu muun muassa luotettavuuden ja eettisyyden pohtiminen. Tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, minkä takia kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tulosten luotettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226). Oman toiminnan ja ammatillisen kehittymisen pohtiminen on osa oppimista, joka tulee näkyä opinnäytetyön raportoinnissa

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteettia ja validiteettia tarkastelemalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Kokonaisluotettavuus koostuu tutkimuksen reliaabeliuudesta ja validiuksesta. Kokonaisluotettavuus on hyvä, kun satunnaisvirheitä ei esiinny ja otos edustaa perusjoukkoa. Kvantitatiiviselle tutkimukselle määritelty vaatimustaso vaikuttaa kokonaisluotettavuuteen. Kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohta on tehdä tutkimus tieteelliselle tutkimukselle määriteltyjen vaatimusten mukaisesti. Mahdollisella uusintatutkimuksella voidaan arvioida kokonaisluotettavuutta selkeämmin. (Vilkka 2007, 153, 154.)

Tutkimuksen reliaabeliuudella tarkoitetaan sen toistettavuutta, eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Esimerkiksi useilla tutkimuskerroilla saatu tai kahden eri tutkijan saama sama tulos kertovat tutkimuksen reliabiliteetista. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen reliabiliteettia ei voida täysin varmistaa uusintamittauksilla, sillä ajan kuluessa ilmiö voi muuttua. Myös aikaisempi tutkimus voi vaikuttaa uusiin tuloksiin, jos ihmiset ovat kiinnostuneet tutkimuksen aiheesta ja muuttaneet käytöstään sen mukana. (Kananen 2010, 153.) Reliaabeliuutta on tärkeää arvioida jo tutkimuksen aikana. Tutkimuksen reliaabeliuuden arvioimisessa tulee arvioida tutkimuksen tarkkuutta ja ettei tutkimukseen liity satunnaisvirheitä. Arvioinnissa arvioidaan vastausprosenttia, otosta, mittausvirheitä ja tulosten syöttämisen huolellisuutta tilasto-ohjelmaan. (Vilkka, 2007, 149 - 150.)

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä on tarkoitus mitata. Tutkija voi kuvitella menetelmiensä tai mittareidensa vastaavan

todellisuutta enemmän, kuin ne oikeasti vastaavat. Validiteettia voidaan arvioida eri näkökulmista. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 - 227.) Mittarin sisältövaliditeetti on tutkimuksen luotettavuuden perusta. Tutkimukselta ei voida saada luotettavia tuloksia, jos mittari ei mittaa haluttua asiaa. Mittarin tulee olla myös riittävän kattava, jotta se huomioi kaikki tutkimuksen osa-alueet. Ulkoinen validiteetti mittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 152 - 153). Tutkittavat valitaan niin, että he muodostavat pienoismallin populaatiosta (Kananen 2010, 153). Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulisi kertoa todenmukaisesti ja selvästi. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

Opinnäytetyössämme validiutta arvioidaan teoreettisten käsitteiden operationalisoinnin onnistumisella, kyselylomakkeen selkeydellä, valitun asteikon toimivuudella sekä mittariin liittyvillä mahdollisilla epätarkkuuksilla. Tutkimuksen aikana validiutta tulee jo tarkastella operationalisoinnin ja mittarin suunnittelun aikana. (Vilka, 2007, 151.) Kyselylomakkeen operationalisointi vei suhteellisen vähän aikaa, sillä käsitteet olivat käytännön hoitotyössä hyvin ymmärrettyjä. Käsitteet operationalisointiin vastaamaan hoitotyössä tapahtuvia hoitotyön toimintoja. Käytännössä sairaanhoitajan hoitotyön toiminnot eivät silti tapahdu aina yksi kerrallaan, vaan niitä tehdään saman aikaisesti. Opinnäytetyömme ja työajanseurantalomakkeen esittelyissä kyselyyn osallistuvissa yksiköissä pyrittiin selventämään, mihin kohtaan vastaus laitettaisiin tällaisissa tilanteissa. Esittelyissä kysyttiin myös opinnäytetyöhön osallistuvilta sairaanhoitajilta mielipiteitä ja muutosehdotuksia tulevaan työajanseurantalomakkeeseen.

Paperinen kyselylomake parantaa luotettavuutta, sillä sairaanhoitajien täytyy täyttää lomaketta useamman kerran yhden päivän aikana. Paperiselle kyselylomakkeelle vastaaminen useita kertoja työpäivän aikana on vaivattomampaa kuin sähköiselle kyselylomakkeelle vastaaminen. Tämä mahdollisesti parantaa kyselylomakkeen vastausprosenttia. Paperisella kyselylomakkeella voi syntyä ongelmia yksityisyyden kanssa. Mahdollinen ongelma voi myös olla kyselylomakkeen häviäminen, jonka takia yksiköihin annettiin ylimääräisiä kyselylomakkeita. Tämä ei kuitenkaan vaikuttaisi jo valmiiksi vastattuihin ja hävinneisiin vastauksiin.

Luotettavuuteen opinnäytetyössämme vaikuttaa se, kuinka tarkasti osallistujat täyttivät työajanseurantalomaketta. Osallistujilla saattoi olla erilainen tyyli kirjata ylös työajan käytöään. Jos ajankäytön arviointi lomakkeissa perustuu osallistujien olettamuksiin tai vastauksia vääristellään, vaikuttaa se suoraan tulosten luotettavuuteen. Osallistujien moti-

vointi ja hyvä ohjeistus kyselylomakkeen täyttöön oletetusti parantaa tulosten luotettavuutta. Vilkan (2007, 153) mukaan systemaattiset virheet, kuten opinnäytetyöhön osallistujien vastausten väärentely tai satunnaisvirheet, kuten osallistujien muistivirheet, huontavat opinnäytetyön kokonaisluotettavuutta.

Kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista osa jätti palautetta opinnäytetyömme työajan seurantalomakkeisiin täyttämiseen liittyvästä luotettavuuden puutteesta. Kommenteissa osa sairaanhoitajista kertoi olevansa epäluottavaisia kyselyn tuloksiin sen takia, että työajan käyttöä arvioitiin henkilökohtaisesti. Joidenkin mielestä valehteleminen ja tulosten väärentely olisi helppoa. Opinnäytetyömme aiheen ja kyselylomakkeen esittelytilaisuuksilla yritimme ehkäistä kyseistä olettamusta. Osa myös kommentoi, ettei halua kirjata lomakkeeseen, jos on joutunut työajalla hoitamaan henkilökohtaisia asioita. Opinnäytetyömme tarkoituksen väärinymmärtäminen luo virheellisiä näkökulmia tutkittavaa asiaa kohtaan ja vaikuttaa vastauksiin, jolloin opinnäytetyön luotettavuus heikkenee.

Tarkkaa katoanalyysiä ei voida opinnäytetyöhön vastaamatta jättäneistä sairaanhoitajista tehdä. Kyselyyn vastattiin anonyymisti, joten vastaamatta jättäneiden syitä on vaikeaa selvittää. Tulosten läpikäymisen yhteydessä työajan seurantalomakkeiden sekä vastauskirjekuorien numeroinnissa selvisi kuitenkin, ettei vastatautien poliklinikalta saatu yhtään palautettua työajan seurantalomaketta. Opinnäytetyöhömme vastasi vähän yli puolet kohderyhmästä. Pohdimme syitä, miksi kohderyhmästä ei osa vastannut työajan seurantaan. Osa kohderyhmästä saattoi kokea, että työ on kiireistä, eikä työn ohessa ehdi täyttämään työajan seurantalomaketta. Työajan seurantalomakkeesta saattoi osalle tulla yksi kuormittava tekijä työhön lisää. Osa myös saattoi kokea, että työajan seurantalomakkeesta ei ole hyötyä omaan työhön, eikä sen täyttämisellä ole merkitystä.

Opinnäytetyömme kyselyn jälkeen pohdimme, että työajan seurantalomakkeille olisi yksityisyyden kannalta kannattavaa jättää jokaiseen yksikköön erillinen palautuslaatikko. Palautuslaatikon avulla pystyttäisiin varmistamaan täytettyjen työajan seurantalomakkeiden pysyminen lukemattomina ennen niiden pois hakemista. Opinnäytetyössämme käytettyjä vastauskirjekuoria annettiin yksiköihin vain yksi, jolloin kirjekuoria ei pystynyt sulkemaan ennen viimeistä täytettyä lomaketta. Yksityisyyden lisääminen olisi voinut lisätä opinnäytetyön vastausprosenttia.

Tuloksien tallentamisessa tilasto-ohjelmaan tapahtuvia laskuvirheitä pyrimme ehkäisemään kahden eri henkilön tekemällä tarkistuksella. Luotettavuutta heikentää pieni otanta, sillä opinnäytetyöhömme vastasi juuri yli puolet työyksöiden sairaanhoitajista. Osalla sai-

raanhoitajista työyksikkö vaihtui kesken kyselyn, jolloin heidän vastauksia ei ollut mahdollista saada kuin osalta työviikkoa. Tuloksiin vaikuttaa myös työpäiville osuneet koulutukset, joita ei joka viikko järjestetä. Nämä ennalta arvaamattomat yksittäiset tekijät vaikuttavat myös tutkimuksen luotettavuuteen. Työajanseurannan tulisi tapahtua luotettavuuden kannalta pidemmällä ajalla, jolloin saadaan ehkäistyä yksittäisten tilanteiden vaikutuksia työajanseurannan tuloksiin.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opiskelija on vastuussa omasta tutkimuseettisistä toiminnoistaan ja vaitiolovelvollisuus on pysyvä. Opiskelija vastaa, etteivät selvitykseen liittyvät tiedot tule missään tutkimuksen vaiheessa ulkopuolisten tietoon. Tutkimusaineisto hävitetään turvallisesti ja asianmukaisesti. (Hallinnollinen ohje 2017, 4.) Opinnäytetyömme tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisilla menetelmillä.

Opinnäytetöiden tutkimusasetelmien tulee olla sellaisia, etteivät ne tarvitse lakisääteisen eettisen toimikunnan lausuntoa, eikä niissä puututa tutkittavan psyykkiseen tai fyysiseen koskemattomuuteen (Hallinnollinen ohje 2017, 1). Opinnäytetyöllemme ei tarvinnut hakea eettisen toimikunnan lausuntoa. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2007, 177) mukaan tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujilla on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkittavan täytyy saada esittää kysymyksiä. Osallistumattomuus ei saa olla tutkittavalle uhaksi, eikä osallistumista saa palkita. Saatekirjeen tulee tästä syystä olla asiallinen ja neutraali.

Opiskelija tiedottaa yksikön henkilökunnalle opinnäytetyöstä ja käytännön asioista. Tiedottamisen toteuttamisesta sovitaan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä kunkin yksikön esimiehen kanssa. (Hallinnollinen ohje 2017, 5.) Tiedotimme poliklinikoita ja terveyskeskuksen vastaanottoja kirjallisesti sekä käymällä itse työyksiköissä kertomassa opinnäytetyömme aiheesta ja työajanseurantalomakkeen käytöstä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja työajanseurantalomakkeen täyttäminen oli samalla suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Pyrimme motivoimaan sairaanhoitajia osallistumaan lomakkeen täyttöön ja selvitimme tarkkaan lomakkeen kohdat epäselvyyksien minimoimiseksi. Olimme olleet yhteydessä sähköpostitse opinnäytetöihin osallistuvien työyksiköiden osastonhoitajiin ja kerroimme tutkimuksesta. Pyysimme myös osastonhoitajilta palautetta työajanseurantalomakkeen muokkaamiseen juuri heidän työyksiköihin sopiviksi.

Opiskelija tai tutkija ei voi suoraan itse olla yhteydessä opinnäytetyöhön osallistuviin henkilöihin vaan suostumuslomakkeet toimitettiin yhteyshenkilön kautta sovitulla tavalla. Kyselylomakkeeseen vastaamista voidaan pitää suostumuksena tutkimukseen. (Hallinnollinen ohje 2017, 5.) Toimitimme kyselylomakkeet yksiköiden esimiehille, jotka jakoivat lomakkeet opinnäytetyöhön osallistuville sairaanhoitajille. Yksiköiden esimiehet myös keräsivät nimettömät täytetyt kyselylomakkeet, jotka haettiin kirjekuoressa pois yksiköistä.

Valmiista opinnäytetyöstä tulee julkinen vasta, kun se on hyväksytty. Sosiaali- ja terveydenhuollossa korostuu intymiteettisuoja ja vaitiolovelvollisuus, joka täytyy huomioida aineiston käsittelyssä, opinnäytetyön raportoinnissa ja tulosten esittämisessä. Opiskelija toimittaa opinnäytetyön loppuraportin opinnäytetyössä mukana olleisiin yksiköihin ja sähköisenä Kainuun sosiaali- ja kuntayhtymän opinnäytetyökoordinaattorille sekä esittelee opinnäytetyönsä sopimuksen mukaisesti. Koordinaattori huolehtii opinnäytetyön päättämistietojen ilmoittamisesta kirjaamoon. (Hallinnollinen ohje 2017, 5.) Opinnäytetyön tekemisestä ei makseta palkkaa. Tutkimusluvanantajan kanssa sovitaan opinnäytetyön suunnitelman kustannuslaskelman perusteella opinnäytetyön tekemiseen liittyvien kustannusten korvaamisesta. (Hallinnollinen ohje 2017, 5.)

Opinnäytetyömme eettisenä mahdollisena ongelmana on sairaanhoitajien yksityiseen työskentelyyn puutuminen. Vaikka työajanseurantalomake täytetään nimettömänä, saatetaan oman työskentelyn luokitteleminen ja hoitotyön toimenpiteisiin käytetyn ajan ylös kirjaaminen tuntua ahdistavalta. Sairaanhoitajille voi tulla ajatuksia työskentelyn nopeudesta, jos toimenpiteisiin käytettyjä aikoja vertaillaan kollegojen kesken.

Toinen opinnäytetyön eettinen ongelma on työntekijöiden työn kuormittavuuden lisääntyminen. Itseraportointi on tiedonkeruumenetelmänä haastava, sillä vastaanotoilla ja poliklinikoilla sairaanhoitajien työ on toisinaan hyvin nopeatempoista. Työajanseurantalomakkeen täyttäminen useasti työpäivän aikana on luonut oman rasitteensa vastanneille sairaanhoitajille. Lisäkuormitusta kuitenkin pyrittiin minimoimaan kyseisiin työyksiköihin vierailemalla ja kertomalla opinnäytetyöstä etukäteen. Aineiston keruu ajankohtaa mieltäisämme huomioimme, että ajankohta, jolloin työajanseurantalomaketta täytetään, olisi mahdollisimman normaali.

9.3 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyömme avulla pääsimme syventymään vastaanotto- ja polikliniseen hoitotyöhön sekä kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään. Aihe oli kiinnostava ja herätti ajatuksia tulevana sairaanhoitajina. Koska aiheesta löytyi yllättävän vähän tutkimuksia sekä näyttöön perustuvaa tietoa, oli tiedonhaun prosessi sekä aiheanalyysin tekeminen haasteellista. Aiheeseen haluaisi perehtyä vielä syvemmin, sillä tarkempia tutkimuksia ja ajanseurantamenetelmiä tarvittaisiin.

Useamman tekijän opinnäytetyön tekemiseen liittyy aina haasteita. Jokaisella opinnäytetyön tekijällä on yksilöllinen tapa työskennellä ja omat näkemykset asioihin. Opinnäytetyön tekeminen kolmen hengen ryhmässä antoi kuitenkin opinnäytetyön kirjoittamiselle erilaisia näkökulmia ja uusia ideoita työn tekemiseen. Jokaisen opiskelijan vahvuudet pystyttiin hyödyntämään. Ajanseurantalomakkeiden suunnittelussa ja tulosten analysoinnissa oli etuna, että työllä on monta tekijää. Lomakkeiden käsitteiden määrittämisessä pystyi heti arvioimaan niiden samanlaista ymmärtämistä ja muokkaamaan niitä paremmin ymmärrettävään suuntaan. Analysoinnissa tulosten tarkistaminen yhdessä sujui nopeammin ja virheiden huomaaminen oli helpompaa, mikä parantaa tulosten luotettavuutta.

Koko opinnäytetyöprosessissa toisten tuesta ja yhdessä pohtimisesta sekä oppimisesta oli huomattava apu opinnäytetyömme valmistumisessa. Yhdessä tekeminen edistää myös ryhmätyö- sekä vuorovaikutustaitoja. Yhdessä tehdessä oppii tekemään kompromisseja ja keskustelemaan eriävistä mielipiteistä. Näitä taitoja vaaditaan työelämässä ja ne ovat hyviä ominaisuuksia sairaanhoitajalla.

Opinnäytetyöprosessi tuki sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä monen eri kompetenssin eli työelämävalmiuksien mukaisesti. Näyttöön perustuva toiminta sekä päätöksenteko -kompetenssin mukaisesti opinnäytetyö kehitti tutkimus- ja kehittämistaitoja opinnäytetyöprosessin sekä erityisesti kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla. Sairaanhoitajalla tulee olla ikuinen oppimisenhalu ja taito löytää luotettavaa tietoa. Opinnäytetyöprosessin aikana tutustuimme moniin eri tietokantoihin ja niiden käyttöön. Luotettavien tietokantojen ja oikeiden hakusanojen käyttö kuuluvat sairaanhoitajan tiedonhaun ja oppimisen taitoihin. Sairaanhoitajan tulee tarkastella tietoja kriittisesti ja arvioida tiedon luotettavuutta sekä soveltamista käytäntöön. Sairaanhoitajan tulee myös jakaa omaa tietämystään muulle hoitohenkilöstölle ja ottaa vastuu tiedon jakamisesta. (Eriksson 2015, 35, 41 - 42.)

Opinnäytetyömme aihe sisälsi laajasti teoriaa sairaanhoitajan työnkuvasta sekä asiantuntijuudesta. Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus -kompetenssin mukaisesti sairaanhoitajan tulee osata ajatella sekä toimia eettisesti ja ammatillisesti. Opinnäytetyössämme kävimme teorian avulla läpi sairaanhoitajan ammatti-identiteettiä vastaanotto- ja poliklinisessä hoitotyössä. Teorian avulla sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja hoitotyössä tarvittavat taidot kehittyivät. Sairaanhoitajan ammatillisuuden läpikäyminen opinnäytetyötä tehdessä herättivät ajatuksia omaa osaamista ja ammatillista käyttäytymistä kohtaan. (Eriksson ym. 2015, 35, 37.)

Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus -kompetenssissa sairaanhoitajan osaamistavoitteena on verkosto- ja työparityö. Vastaanotto- ja poliklinisessä hoitotyössä työskennellään usein moniammatillisissa hoitotiimeissä ja lääkäri – sairaanhoitaja työparina. Opinnäytetyötämme varten keräsimme teoriatietoa moniammatillisesta työskentelystä. Potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon kannalta sairaanhoitajan on tärkeää ymmärtää moniammatillisen työskentelyn periaatteet ja tavoitteet. (Eriksson ym. 2015, 35, 37.)

Lähteet

- Constitution of the world health organization. 1946. Basic documents. Viitattu: 3.2.2018 <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Elovaara, A - K. & Kekki, P. 1995. Työn sisältö ja työajan käyttö avosairaanhoidon vastaanotolla. Suomen lääkärilehti 50(18), 2109 – 2113.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E - L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen - sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus hanke. Viitattu 10.3.2018. <http://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajanammatillinen-osaaminen.pdf>
- Fagerholm, N. 2014. Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitustunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Hakoma, M. 2008. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikaissairaanhoidon vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Hallinnollinen ohje. 2017. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 1, 4 – 5. Viitattu 10.4.2017. http://sote.kainuu.fi/general/Uploads_files/Opinnayte-%20ja%20tutkimustyot/ohjeita_soten_opinnayte_tai_tutkimustyon_tekemi-seen.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hoffrén, P., Huovinen, H. & Mykkänen, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Kuopion yliopistollinen sairaala.
- Hoitotiede. 2010. Journal of Nursing Science. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry. Oulun yliopisto. 22(2). Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Huttunen, J. 2018. Mitä terveys on?. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.2.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tea00041

- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkahoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy.
- Järvelä, T. 2015. Sairaanhoidaja, lähihoitaja, ensihoitaja: Tehy-sanastoa teke-
mässä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Kainuun sote. 2017. Strategia ja toiminta-ajatus. Viitattu 7.9.2017.
<https://sote.kai-nuu.fi/strategia-ja-toiminta-ajatus>
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kantelinen, M. 2008. Sairaanhoidajan työn sisältö sisätautien ja kirurgian poliklinikalla. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.
- Kari, O., Niskanen, T., Lehtonen, H. & Arslanoski, V. 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro.
- Katajamäki, E. 2012. Arvot moniammatilliseen toimintaan oppimisessa. Teoksessa Ranta, I (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt, 25 – 28. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.
- Kirurgian poliklinikka. 2017. Kainuun sote. Viitattu 1.10.2017.
<https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/kirurgian-poliklinikka>
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. 2010. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. Viitattu 21.3.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629#Pidp451213472>
- Lauri, S. & Elomaa, L. 2007. Hoitotieteen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Lavander, P. 2017. Nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala.

- Lee, Mills & Lu. 2008. Impact of a Nursing Information System on Practice Patterns in Taiwan. *International Journal of Medical Informatics*. 56(1-3), 13-23. doi: 10.1016/S1386-5056(99)00034-9.
- Lipsanen, T. 2010. Lääkehoidon kokonaisarvioinnin kustannusvaikuttavuus – järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Helsingin yliopisto. Pro gradu –tutkielma.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. 17, 19 - 20. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.2.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38573/potilask.pdf?sequence=1>
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- McKay, M., Luppino, M., Tompkins, J. & Vezino, T. 2008. Workload analysis of ambulatory care nursing: Briarwood Medical Group. University of Michigan health system program & operations analysis. Viitattu 3.8.2017. http://www.umich.edu/~ioe481/ioe481_past_reports/w0808.pdf
- Mikä Kainuun sote. 2017. Kainuun sote. Viitattu 13.3.2018. <https://sote.kainuu.fi/mika-kainuun-sote>
- Muurinen, S., Nenonen, M., Wilschman, K. & Agge E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidotaliitto & FIOCA. Helsinki: Fioca Oy
- Niemi, P. 2016. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa -strategiana huipputiimit ja mielenrauha. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Nykänen, P. & Junttila, K. Raportti 40/2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Kuopio.
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24.

- Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts' Perceptions Using Delphi- Technique. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. 22 - 24, 42, 51. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Pohjola, P. 2008. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden ja tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Pylkkänen, H. 2005. Potilaan hoito terveyskeskuspäivystyksessä. Teoksessa Koponen & Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Rintanen, H., Puromäki, H. & Heinämäki, L. 2014. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti. 18/2014. Tampere.
- Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P. & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintätekniologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Oulun yliopisto. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti, 5. Viitattu 7.3.2018. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/126470/URN_ISBN_978-952-302-486-1.pdf?sequence=1
- Ruuskanen, Susanna. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen. – kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Saarnio, J., Pohju, A. & Ahtola, H. 2014. Sairaanhoidon ihmisen ravitsemus. Duodecim. 130(21), 2239 - 2240.
- Sainio, T. 2010. Hoitohenkilökunnan työajankäyttö terveyskeskuksen poliklinikalla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Sairaanhoitajat vastaanotolla. 2014. Sairaanhoitajat –lehti. Viitattu 12.4.2017.

<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/sairaanhoitajan-vastaanotolla/>

Salmelainen, U. 2008. Tiedon rakentuminen ja välittyminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Kelan tutkimusosasto. Helsinki, 19.

Saranto, K., Ensio, A., Tanntu, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Saunders, H. 2016. Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice: Implementing the Paradigm Shift of Transforming Evidence for Clinical Practice. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Sisätautien poliklinikka. 2017. Kainuun sote. Viitattu 1.10.2017.

<https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/sisatautien-poliklinikka>

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. 2002. Ympäristökin vaikuttaa terveyteen. Viitattu 3.2.2018. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/77321/ideakortti1_00.pdf?sequence=1

Sote-uudistuksen tavoitteet. 2018. Maakunta- ja sote-uudistus. Valtioneuvosto.

Viitattu 14.3.2018. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Strategiakartta 2017 - 2020 (kaksi valtuustokautta). 2016. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Viitattu 13.3.2018. <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-01/Kainuun%20soten%20strategiakartta%202017-2020.pdf>

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit –tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Säännöllinen työaika. 2016. KVTES-sopimus. Tehy ry. Viitattu 15.3.2018.

<https://www.tehy.fi/fi/apua/tyoaika/saannollinen-tyoaika>

Terveysasemat. 2017. Kainuun sote. Viitattu 13.3.2018.

<https://sote.kainuu.fi/terveysasemat>

- Työaikalaki. 1996. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. Viitattu 15.3.2018.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960605#L2>
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960605#L2>
- Vastaanotot. 2017. Kainuun sote. Viitattu 13.3.2018.
<https://sote.kainuu.fi/vastaanotot>
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Virtanen, T. 2010. Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantaus, J. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. Duodecim 33(10), 986 - 989.
- Westbrook, J., Duffield, C., Li, L. & Creswick, J. 2011. How much time nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. Viitattu 3.8.2017.
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-319>
- Ylitörmänen, T. 2011. Sairaanhoidajien välinen yhteistyö -kyselytutkimus sairaanhoidajille sairaalassa. 18, 20. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

TYÖAJANSEURANTALOMAKE **ESIMERKKI**

Ammattinimike: sh / th

Työpiste: _____

Arvioi päivittäin työajankäyttöäsi yhden viikon aikana. Työajanseurantalomaketta täytetään välittömästi töiden teon yhteydessä. Työajanseurantalomakkeessa **x=10 min**. Ruutuun merkitään **rasti (X)** ja työpäivän päätteeksi lasketaan rastien määrä ruutua kohden. Tarkista, että rasteja ei tule liikaa. **Kahdeksan tunnin työpäivää kohden 48 rastia, seitsemän tunnin työpäivää kohden 42 rastia.**

1.VÄLITÖN HOITOTYÖ	MAANANTAI yht.48x	TIISTAI	KESKIVIIKKO	TORSTAI	PERJANTAI
Perushoito	xxxxx=5				
Ohjaus ja neuvonta(yhteisvastaanotto)	xxxxxxxxx=9				
Hoitotyön toimenpiteet (esim. näyttöön otto, tutkimuksen suorittaminen)	xxxxxxxxxxxxx=12				
Lääkehoito	xxx=3				
Lääkärin avustaminen eri toiminnoissa	xx=2				
Puhelimen välityksellä tehtävä hoitotyö (potilaan kanssa)	xxx=3				
2.VÄLILLINEN HOITOTYÖ					
Hoitotyön kirjaaminen	xxxxxx=6				
Hoitotyön suullinen raportointi	x=1				
Toimenpiteiden/vastaanoton valmistelu					
Ammatillinen konsultaatio					
Ajanvaraus ja potilaan asioiden selvittely (tapahtuu muun kuin potilaan kanssa)	xxxx=4				
3. OSASTOKOHTAINEN TYÖ					
Välineiden kunnossapito ja huolto sekä varastojen täydennys ja tavaroiden tilaus					
Toimistotyöt (muu kuin kirjaaminen)					
Kokoukset ja erilaiset koulutukset					
4. HENKILÖKOHTAINEN AIKA					
Tauot, henkilökohtaiset asiat	xxx=3				

OHJEET SAIRAANHOITAJILLE / TERVEYDENHOITAJILLE

Arvioi päivittäin työajankäyttöäsi yhden viikon aikana. Työajanseurantalomaketta täytetään välittömästi töiden teon yhteydessä. Työajanseurantalomakkeessa $x=10$ min. Ruutuun merkitään rasti (X) ja työpäivän päätteeksi lasketaan rastien määrä ruutua kohden. Tarkista, että rasteja ei tule liikaa. Kahdeksan tunnin työpäivää kohden 48 rastia, seitsemän tunnin työpäivää kohden 42 rastia.

VÄLITÖN HOITOTYÖ; Hoitotyön toiminnot, jotka tehdään potilaan läsnä ollessa.

Perushoito: Potilaan wc:hen avustaminen, virtsapullon laittaminen, ravitsemuksessa avustaminen.

Ohjaus ja neuvonta: Suullisten/kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen, esim. haavanhoito ohjeet, neuvonta toimenpiteen jälkeen tai neuvonta ennen toimenpidettä, potilaan haastattelu ennen / jälkeen leikkauksen, tulohaastattelut.

Hoitotyön toimenpiteet: Hoitajan itsenäisesti tekemät toiminnot: EKG:n ottaminen, haavojen hoitamisesta, potilaan tutkimiseen liittyvät toiminnot (korvien -/-, kurkun -/-, poskionteloiden katsominen, hengityssään kuuntelu), kanylointi ja näytteiden otto esim. pika-crp, virtsanäyte, nieluviljely, verensokeri sekä erilaisten testien tekeminen kuten muistitesti.

Lääkehoito: I.v-infuusiot ja -lääkkeet, s.c-, i.m -pistokset, inhalaatiot, p.o -lääkkeiden anto.

Lääkärin avustaminen eri toimenpiteissä: Hoitotyön toiminnot, joissa sairaanhoitaja toimii avustajan roolissa esim. lääkärin avustaminen kuten pleurapunktiossa tai luomen poistossa.

Puhelinneuvonta: Puhelimessa potilaan kanssa tapahtuva ohjeiden ja neuvojen antaminen, hoidon tarpeen arviointi sekä potilaan hoitoon liittyvien asioiden tarkistus potilaan pyynnöstä, kuten laboratoriovastausten katsominen ja vastaanottoaikojen varaaminen.

VÄLILLINEN HOITOTYÖ; Hoitotyön toiminnot, joita ei tehdä potilaan läsnä ollessa, mutta kuitenkin tehdään potilaan hoidon edistämiseksi.

Hoitotyön kirjaaminen; Hoitotyön suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen potilastietojärjestelmään.

Hoitotyön suullinen raportointi: Potilaan hoitoon liittyvän raportoinnin antaminen ja vastaanottaminen suullisesti.

Toimenpiteiden/ vastaanoton valmistelu: Esim. instrumenttipöytien valmistelu ja tarvittavien välineiden kerääminen.

Ammatillinen konsultaatio: Potilaan hoitoon liittyvä kommunikaatio eri ammattiryhmien välillä.

Potilaan asioiden selvittely: (voi tapahtua myös puhelimitse, muttei potilaan kanssa) vastaanottoaikojen varaaminen, siirtäminen ja peruminen, reseptien esitarkastus, laboratoriovastausten tarkistaminen.

OSASTOKOHTAINEN TYÖ: Osaston toiminnan ylläpitämiseen liittyvät tehtävät.

Välineiden kunnossapito ja huolto sekä varastojen täydennys ja tavaroiden tilaus: Esim. kaappien täydennys, tilausten tekeminen ja purkaminen sekä säilytyspaikkojen lämpötilojen seuraaminen.

Toimistotyö: Esim. papereiden keräys, postitus, asiakirjojen lähettäminen.

Kokoukset ja erilaiset koulutukset: Palaverit, koulutukset, osastokokoukset.

HENKILÖKOHTAINEN AIKA:

Tauot, henkilökohtaiset asiat: kahvi-, ruoka- ja wc-tauot sekä omien asioiden hoitaminen.

Hyvä sairaanhoitaja / terveydenhoitaja!

Olemme kolmannen vuosikurssin sairaanhoitajaopiskelijoita Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä hoitotyön työajan käytöstä vastaanotto- ja poliklinisessä hoitotyössä. Toimeksiantajana opinnäytetyössämme toimii Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Opinnäytetyön tutkimusyksiköinä toimivat kirurgian poliklinikka, sisätautien poliklinikat sisältäen vatsatautien poliklinikan ja syöpätautien poliklinikan sekä Kajaanin pääterveysaseman ja Lehtikankaan terveysaseman vastaanotot.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, kuinka paljon aikaa poliklinikoilla ja vastaanotoilla työskenteleviltä sairaanhoitajilta menee välittömään hoitotyöhön ja välilliseen hoitotyöhön. Tiedon avulla voidaan tulevaisuudessa edistää sairaanhoitajan työnkuvaa ja vastaanotto-poliklinista hoitotyötä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään kyselylomakkeilla. Aineistoa kerätään yhden viikon ajan 27.11- 1.12.2017. Pyydämme teitä arvioimaan omaa työajan käyttöänne. Täyttäkää lomakkeelle työnkuvaa kohden käyttämänne aika mahdollisimman tarkasti. Valmis lomake palautetaan osastonhoitajalle kirjekuoressa.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja työajanseurantalomakkeen täyttäminen on suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Opinnäytetyön aineisto säilytetään ja käsitellään luottamuksellisesti. Aineiston tallentamisen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti. Kyselylomakkeessa ei kysytä tunnistetietoja, eikä vastaajia voida tunnistaa.

Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2018, jonka jälkeen voitte tutustua siihen Theseus -verkkokannassa. Opinnäytetyö jää verkkokantaan yleiseen katseluun.

Opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin vastaamme mielellämme. Meidät tavoittaa sähköpostiosoitteista juttakeränen@kamk.fi, jeminauimari@kamk.fi sekä katariinaleinonen@kamk.fi.

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat Jutta Keränen, Jemina Uimari ja Katariina Leinonen



Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä

Lupa tutkimukselle/opinnäytetyölle - 2017

KAINUUN SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON
KUNTAYHTYMÄ

Dnro 1342/130100/2017

Diaarinumero			
1. Tutkimus/ opinnäytetyön luvan hakija(t) [Luvan hakijat täyttävät]	Suku- ja etunimet UIMARI JEMINA ESTER	Nykyinen työantaja / opiskelupaikka KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU	Nykyinen virka/ toimi/opiskelija OPISKELIJA
	Kotiosoite [redacted]	Postinro ja -paikka [redacted]	Sähköposti jeminaiumari@kamk.fi
	Suoritusvuosi ja -paikka		
2. Tutkimus/ opinnäytetyötä koskevat tiedot [Luvan hakijat täyttävät]	Suku- ja etunimet KERÄNEN JUTTA EEVA EVELIINA	Nykyinen työantaja/opiskelupaikka KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU	Nykyinen virka/ toimi/opiskelija OPISKELIJA
	Kotiosoite [redacted]	Postinro ja -paikka [redacted]	Sähköposti juttakeranen@kamk.fi
	Suoritusvuosi ja -paikka		
3. Tutkimuksen/ opinnäytetyön ohjaaja (oppilaitos)	Suku- ja etunimet LEINONEN LAURA KATARIINA	Nykyinen työantaja/opiskelupaikka KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU	Nykyinen virka/ toimi/opiskelija OPISKELIJA
	Kotiosoite [redacted]	Postinro ja -paikka [redacted]	Sähköposti katarina.leinonen@kamk.fi
	Suoritusvuosi ja -paikka		
<p>2. Tutkimuksen/opinnäytetyön nimi ja aiheen kuvaus HOITOTYÖN TYÖAJAN KÄYTTÖ VASTAANOTTO- JA POLIKLINISSESSA HOITOTYÖSSÄ</p> <p>Tutkimusaika: 27.11.2017 - 11.5.2018</p> <p>SELVITETÄÄN, KUINKA PALJON AIKAA POLIKLINIKALLA JA VASTAANOTOLLA TYÖSKENTELEVÄLTÄ SAIRAANHOITAJALTA HENEE VÄLITÖHÄÄN JA VÄLILLISEEN HOITOTYÖHÖN.</p> <p>Tutkimuksen taso/laatu</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Väitöskirja <input type="checkbox"/> 2. Licensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> 3. Pro gradu <input type="checkbox"/> 4. Kandidaatin tutkielma</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Opinnäytetyö (Ylempi AMK) <input checked="" type="checkbox"/> 6. Opinnäytetyö (AMK) <input type="checkbox"/> 7. Muu, mikä</p> <p>Tutkimuksen kohde: <input type="checkbox"/> Asiakas <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirja</p> <p>Tulos- ja vastuualue:</p> <p>Hallinto <input type="checkbox"/> Kuntayhtymän hallinto</p> <p>Keskittetyt yhteiset tukipalvelut <input type="checkbox"/> Yleispalvelut <input type="checkbox"/> Tietohallinto <input type="checkbox"/> Henkilöstöpalvelut <input type="checkbox"/> Talouspalvelut</p> <p>Perhepalvelut <input type="checkbox"/> Lapsiperheiden terveydenhuoltopalvelut <input type="checkbox"/> Lapsiperheiden sosiaalipalvelut <input type="checkbox"/> Aikuissosiaalipalvelut <input type="checkbox"/> Vammaispalvelut</p> <p>Vanhuspalvelut <input type="checkbox"/> Kotona asumista tukevat palvelut <input type="checkbox"/> Ympäristö- ja hoivapalvelut <input type="checkbox"/> Palveluohjaus ja ostopalvelut</p> <p>Terveyden- ja sairaudenhoitopalvelut <input type="checkbox"/> Aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuden hoito <input type="checkbox"/> Suun terveydenhuolto <input checked="" type="checkbox"/> Operatiivinen <input checked="" type="checkbox"/> Konservatiivinen <input checked="" type="checkbox"/> Vastaanotto- ja terveyskeskussairaaloiminta <input type="checkbox"/> Päivystyspalvelut</p> <p>Sairaanhoidonpalvelut <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Lääkehuolto <input type="checkbox"/> Ensihoito <input type="checkbox"/> Leikkaus ja anestesia <input type="checkbox"/> Tehohoito <input type="checkbox"/> Hoidolliset tukipalvelut</p> <p>Ympäristöterveydenhuolto <input type="checkbox"/> Terveystalvonta <input type="checkbox"/> Eläinlääkintähuolto</p> <p>Aineiston keruumenetelmät <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Muu, mikä <input type="checkbox"/> Haastattelut <input type="checkbox"/> Asiakirja-/tilastoanalyysi</p>			
3. Tutkimuksen/ opinnäytetyön ohjaaja (oppilaitos)	Nimi PAULOMÄKI TAINA	Virka-asema, ammatti LEHTORI	
	Osoite [redacted]	Sähköposti taina.paulomäki@kamk.fi	
Ohjaajat (työelämä)	Toimipaikka, oppilaitos KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU	Oppilaitoksen ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Taina Paulomäki TAINA PAULOMÄKI	
	Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivä 20.10.2017	Työyksikkö	
Kainuun soten opinnäytetyö- koordinaattori	Nimi Marjo Huoninen-Tervo	Yhteystiedot marjo.huoninen-tervo@kainuun.fi	
	Tieto työn valmistumisesta on välitettävä Kainuun soten opinnäytetyökoordinaattorille.	[redacted]	

4. Tutkimuksen rahoitus-suunnitelma	Arvio tutkimuksen/opinnäytetyön suoranaista kustannuksista Kainuun sotelle <input checked="" type="checkbox"/> ei aiheuta kustannuksia <input type="checkbox"/> aiheuttaa kustannuksia, selvitys mitä? (esim. materiaalit, postitus, tulostus) Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> KEVO <input type="checkbox"/> muu, mikä? Rahoittaja _____ Sopimuksen nro _____ Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE) _____
5. Tutkimusluvan hakijan allekirjoitus, nimenselvennys ja päivämäärä [Luvan hakijat täyttävät]	Päiväys <u>13.11.2017</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>Jemina Uimari</u> JEMINA UIMARI Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>Jutta Keränen</u> JUTTA KERÄNEN Allekirjoitus ja nimenselvennys _____
6. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta <input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk/ <input type="checkbox"/> ilmoitus kansallisesta lausunnosta <input type="checkbox"/> FIMEA <input type="checkbox"/> STM/THL <input type="checkbox"/> Valvira Lähetytpäivä _____ Vastaus saatu _____
7. Lupa	Tutkimuksen/opinnäytetyön tulosten, tuotosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta Lupa <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi _____ Luvan myöntäjä <input type="checkbox"/> tulosalueen johtaja <input type="checkbox"/> vastualuepäällikkö/ylihoitaja <input type="checkbox"/> kuntayhtymän johtaja <input type="checkbox"/> hallintoyliääkäri <input checked="" type="checkbox"/> hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> laatualuepäällikkö Päivämäärä <u>21.11.2017</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>Mari Hänninen, hall.yh</u> <u>Mari Hänninen -Teno</u> Lomakkeen säilytys - luvan myöntäjä (alkuperäinen) - opiskelija/tutkija (kopio) - Kainuun sotien opinnäytetyökoordinaattori (kopio) - Kainuun sotien kirjasto (kopio)
8. Asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa	Tarvittavat salassa pidettävät asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä _____
9. Käyttöoikeudet	Onko haettu tai haetaanko tutkimusta varten käyttöoikeutta sotien tietojärjestelmään? _____ Mihin järjestelmään ja mille ajalle _____
10. Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot	Muut asiakirjatiedot, mitkä, mistä ja millaisin luvuin _____
11. Tutkimusrekisterin tietotyypit	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Ei synny rekisteriä <input type="checkbox"/> 2. Tutkimusrekisteriin kerättävät tunnistetieto- ja yksilöintitiedot eriteltyinä (myös kuva- tai videomateriaali, joista henkilö on tunnistettavissa, edellyttää tutkimusrekisteriä)
Liitteet [Luvan hakijat täyttävät]	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus-/opinnäytetyösuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> Aineiston keruuseen liittyvät materiaalit <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksiin osallistuvilla jaettava materiaali <input type="checkbox"/> Toimeksiantosopimusluonnos <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____